

年 月 日

主治医 様

兵庫県立神戸特別支援学校長

学校感染症の治癒に係る登校許可書について（依頼）

標記の件につきまして、よろしくお願ひ申し上げます。

登 校 許 可 書

小・中・高 年 組 名前 _____

◇病名（ _____ ）

◇出席停止期間 _____年 _____月 _____日より _____年 _____月 _____日まで

◇上記の者は、頭書の疾病により療養中のところ、予防上支障がないと認め

られましたので、 _____月 _____日より登校を許可します。

年 月 日

医師名

印