登園許可書

クラス　　　　　　　組

氏　名

疾患名

上記疾患で治療中でしたが、感染の恐れがなくなりましたので

　　月　　日以降の登園を許可します。

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

登園許可書

クラス　　　　　　　組

氏　名

疾患名

上記疾患で治療中でしたが、感染の恐れがなくなりましたので

　　月　　日以降の登園を許可します。

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印