

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