

登園許可書

のいちご保育室

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 (_____)

上記疾病のため加療していましたが、主症状が消失し感染の恐れがないので、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園しても差し支えないことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師氏名

印