

登園許可書

(園児名)

(病名)

(期間) 月 日～ 月 日まで

主要症状が消退し、伝染の恐れがなくなり、
集団生活に支障がないと診断いたします。
よって、登園可能です。

年 月 日

医師名

(病院名)

住所

TEL

印