

登園許可書

氏名 (クラス)

病名

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

_____月 _____日から登園してもさしつかえありません。

上記の園児の疾病は、伝染の恐れのないことを証明します。

年 月 日

病院名

医師名

印