

登園届

組 氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

保育園夢未来井萩園 園長殿

上記の者は、下記の○印の感染症の為、____月____日から____月____日まで欠席しましたが、登園可能とする医師の診断がありましたので、連絡致します。

記

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	その他 (_____)

受診した医療機関名: _____

電話番号: _____ - _____ - _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印