

登園許可書

組 氏名

病名

平成 年 月 日より上記疾患にて受診
していましたが、感染の危険がなくなりましたので
平成 年 月 日から登園を許可いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

◎ 登園許可証書は、診断を受けた医療機関でお願いします。