

ご 依 頼

主 治 医 様



お手数ですが、該当欄に証明をお願いいたします。

登園可能証明書

(医師の証明が必要)

児童名 [_____]
(_____ 年 月 日生)

病名 _____

- 病気が全治しましたので、集団生活に支障ありません。
- 伝染の心配がなくなりましたので、集団生活に支障ありません。

年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ (印)

キ
リ
ト
リ



登園届

(医師の診断に従い保護者の届けが必要)

保育園長 様

児童名 [_____]
(_____ 年 月 日生)

病名 _____

集団生活に支障がない状態 (_____)
になりましたので、 _____ 年 月 日から登園します。
園児の状態によっては、医師に連絡することに同意します。

年 月 日

医療機関 _____

TEL (_____)

保護者名 _____