

再登園届

小梅保育園 園長 殿

園児名 _____

病名 (該当疾患に✓をお願いします)

| | |
|--|------------------------------------|
| | 溶連菌感染症 |
| | マイコプラズマ肺炎 |
| | 手足口病 |
| | 伝染性紅斑(りんご病) |
| | ヘルパンギーナ |
| | RS ウイルス感染症 |
| | 带状疱疹 |
| | 突発性発疹 |
| | 感染性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等) |
| | その他 (_____) |

医療機関名(医師名)【 _____ 】を受診し、

再登園の許可がおりましたので 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より

登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印