

登園許可証明書

学校法人 寶城学園
小川幼稚園長 様

組 氏名

※ クラス名、園児氏名は保護者が記入して下さい

1. 病名を記入または○で囲んで下さい。

| | |
|-----|--|
| 第一種 | 病名< > |
| 第二種 | (1) インフルエンザ (2) 百日咳 (3) 流行性耳下腺炎 (4) 風疹 (5) 水痘 (6) 咽頭結膜炎 (7) 結核 (8) 麻疹 |
| 第三種 | (1) コレラ (2) 細菌性赤痢 (3) 腸管出血性大腸菌感染症 (4) 腸チフス (5) パラチフス (6) 流行性角結膜炎 (7) 急性出血性結膜炎 (8) その他の伝染病() |

2. 出席停止期間 月 日から 月 日まで

上記の者は、罹患した伝染病が治癒したので、登園を許可いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

㊞