

登園届 (保護者記入)

認定こども園国分西園長 殿

園児氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 生

(病名) (該当疾患に をお願いします。)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	ヒトメタニューモウイルス

(医療機関名) _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日受診)

において、病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____