

登園許可書

明秀福祉会

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 名 _____

上の者、(_____) を完治したことを証明し、
集団保育に支障はありませんので、登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

⑩