

登園許可書

幼保連携型市場こども園

園児名 _____

上記の者は、 _____ の治療が完了し、他の子どもたちに伝染する

心配はありませんので、 _____ 月 _____ 日 () より登園可能となりました

ので、証明します。

年 月 日

病 院 名

医師署名 (自筆)

⑩