

# 登園許可証明書

げんき夢こども園 園長 殿

氏名 \_\_\_\_\_

出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 月 日

病 名	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱）
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A型	<input type="checkbox"/> ヘルペス性歯肉口内炎
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ B型	<input type="checkbox"/> その他（ ）

上記の疾病が治癒しましたので、 月 日 から登園可能なことを証明いたします。

平成 年 月 日

施設住所  
施設名  
医師名

印

# 登園許可証明書

げんき夢こども園 園長 殿

氏名 \_\_\_\_\_

出席停止期間

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病 名	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱）
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ A型	<input type="checkbox"/> ヘルペス性歯肉口内炎
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ B型	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

上記の疾病が治癒しましたので、\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から登園可能なことを証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設住所  
施設名  
医師名

印