

登園届（保護者記入）

施設長殿

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"/>	R S 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"/>	

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