

## 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）

	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	伝染性紅斑（りんご病）
	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）
	ヘルパンギーナ
	R Sウイルス感染症
	帯状疱疹
	突発性発疹

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 \_\_\_\_\_