

登園届

チャイルドハウス（石ヶ坪・みなみ） ※所属園名に○

園児名： _____

<疾患名>

インフルエンザ、百日咳、麻しん、風しん、 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、水痘（みずぼうそう） アデノウィルス感染症（咽頭結膜熱、流行性角結膜炎） 溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症（ _____ ） RSウィルス感染症、帯状疱疹、伝染性紅斑（りんご病）、 新型コロナウイルス感染症 その他[_____]

欠席期間： _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで

病状が回復し、[医療機関名： _____]

において、集団生活に支障がない状態と判断されたので、

_____月 _____日から登園します。

尚、この件に関して、対面または書面等でを上記医療機関に
問い合わせることを認めます。

_____年 _____月 _____日

保護者名 _____ 署名又は記名押印

確認者名	確認年月日 _____年 _____月 _____日
------	-------------------------------

登園届

チャイルドハウス（石ヶ坪・みなみ） ※所属園名に○

園児名： _____

<疾患名>

インフルエンザ、百日咳、麻しん、風しん、 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、水痘（みずぼうそう） アデノウィルス感染症（咽頭結膜熱、流行性角結膜炎） 溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症（ _____ ） RSウィルス感染症、帯状疱疹、伝染性紅斑（りんご病）、 新型コロナウイルス感染症 その他[_____]

欠席期間： _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで

病状が回復し、[医療機関名： _____]

において、集団生活に支障がない状態と判断されたので、

_____月 _____日から登園します。

尚、この件に関して、対面または書面等でを上記医療機関に
問い合わせることを認めます。

_____年 _____月 _____日

保護者名 _____ 署名又は記名押印

確認者名	確認年月日 _____年 _____月 _____日
------	-------------------------------