

受取日	受取者

R4.4
様式1

社会福祉法人 若菜福祉会
仲 原 保 育 園
園長 殿

(医師が記入必要な感染症)

意見書

氏名 _____ 本園・分園・第2分園 (_____ 組)

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名 _____

上記の児童は、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日集団生活に支障がない状態になりましたので登園可能と判断します。

加療期間 自:令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～至:令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印またはサイン