

受取日	受取者

R4
様式 2

社会福祉法人 若菜福祉会

仲 原 保 育 園

園長 殿

(医師の診断を受け保護者の記入が必要な感染症)

登園届

氏名 _____ 本園・分園・第2分園 (_____ 組)

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____ において、

診断名: _____ と診断されました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在、主治医の指示通り症状が完治し、状態が良好になりましたので、登園します。

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

保護者名

印またはサイン