

受取日	受取者

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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 組)

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断名 \_\_\_\_\_

加療期間 自:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～至:平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の児童は、平成 \_\_\_\_\_ 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。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名

医師名

印またはサイン