

登園届 (保護者記入)

認定こども園世田谷ベアーズ園長 殿

児童氏名 _____

【病名】 該当疾患に をお願いします。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	R S ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹しん
<input type="checkbox"/>	突発性発しん

【医療機関名】 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日受診) において

症状も回復し、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

印またはサイン

保護者名 _____