

この文章は A4 サイズです。印刷する際には A4 用紙へ拡大や縮小をせずにプリントを行ってください。

記入後、キリトリセンに沿って切り放して当園へご持参ください。ご協力をお願いいたします。

キ
リ
ト
リ
セ
ン

登園証明書

園児名 _____

生年月日：昭和・平成 年 月 日

病 名：インフルエンザ、麻疹、流行性耳下腺炎
風疹、水痘、溶連菌感染症、伝染性紅斑
その他

発 病：平成 年 月 日

平成 年 月 日より登園・出勤しても
さしつかえありません。

平成 年 月 日

(担当医)

登園証明書

園児名 _____

生年月日：昭和・平成 年 月 日

病 名：インフルエンザ、麻疹、流行性耳下腺炎
風疹、水痘、溶連菌感染症、伝染性紅斑
その他

発 病：平成 年 月 日

平成 年 月 日より登園・出勤しても
さしつかえありません。

平成 年 月 日

(担当医)