

## 登園許可証明書

聖隷福祉事業団 ひばり保育園長殿

園児名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

病名「 \_\_\_\_\_ 」

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで上記の病気にて治療中でしたが、  
伝染する可能性がないので登園しても支障ありません。

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

医療機関 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印