

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