登　園　許　可　証　明　書

氏　名		平成・令和　　年　　月　　日生　　男・女
住　所		
病院名		

下記疾病の為、病気療養中でしたが、完治（溶連菌感染症に関しては、抗菌薬内服後 24～28 時間経過）したことを証明致します。

※該当する疾病に○印をつけて下さい。

・麻疹　　・風疹　　・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

・水痘（みずぼうそう）　　・咽頭結膜炎（プール熱）

・アデノウイルス感染症（咽頭炎、扁桃炎等）

・伝染性眼疾患　　・溶連菌感染症

・RS ウイルス感染症　　・帯状疱疹

・その他（　　）

森川保育園　園長　殿

令和　　年　　月　　日

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印