

登園届

園児氏名 _____

病名 (該当する番号に ○印を付けて下さい。)	1. 手足口病	5. 帯状疱疹
	2. 伝染性紅斑 (りんご病)	6. 突発性発疹
	3. ヘルパンギーナ	7. 溶連菌感染症
	4. マイコプラズマ肺炎	8. RS ウイルス感染症

(医療機関名) _____ において症状が回復し、
集団生活に支障がないと判断されましたので、登園します。

年 月 日

保護者名 _____