

登園届

組 氏名

平成 年 月 日生

保育園夢未来錦糸町園 園長殿

上記の者は、下記の○印の感染症の為、__月__日から__月__日まで欠席しましたが、登園可能とする医師の診断がありましたので、連絡致します。

記

	ウイルス性胃腸炎(ノロ・ロタ・アデノウイルス等)
	溶連菌感染症
	手足口病
	伝染性紅斑(りんご病)
	マイコプラズマ感染症
	ヘルパンギーナ
	伝染性膿痂疹(とびひ)
	突発性発疹
	その他 ()

受診した医療機関名: _____

電話番号: _____

平成 年 月 日

保護者名 _____ 印

