

登園届

コヤマススポーツ保育園

組 園児氏名

年 月 日生

該当疾患に○をお願いします。

<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	伝染性軟属腫(水いぼ)
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	ヘルペス性歯肉口内炎
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	流行性嘔吐下痢症
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	その他()

医療機関名 (年 月 日 受診) において

症状が改善し、集団生活に支障がないと判断されましたので

年 月 日 より登園いたします。

保護者氏名 印

登園届

コヤマススポーツ保育園

組 園児氏名

年 月 日生

該当疾患に○をお願いします。

<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	伝染性軟属腫(水いぼ)
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	ヘルペス性歯肉口内炎
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	流行性嘔吐下痢症
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	その他()

医療機関名 (年 月 日 受診) において

症状が改善し、集団生活に支障がないと判断されましたので

年 月 日 より登園いたします。

保護者氏名 印