医師用

　※主治医様　　下記太枠内をご記入願います。

|  |
| --- |
| 登　園　許　可　証同朋天神保育園　園長宛児童名　　　　　　　　　　　　　　　　　病名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】上の児童は症状が回復し、集団生活に支障がないと判断します。　　年　　月　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

医師用

　※主治医様　　下記太枠内をご記入願います。

|  |
| --- |
| 登　園　許　可　証同朋天神保育園　園長宛児童名　　　　　　　　　　　　　　　　　病名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】上の児童は症状が回復し、集団生活に支障がないと判断します。　　年　　月　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |