

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