

登園許可証

病院・医院名 _____

主治医氏名 _____ 印

病名 _____

患者園児氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の感染性疾患は治癒し、伝染の危険性がなくなり
園の集団生活に支障のないことを証明します。

<その他の注意点>

年 月 日

住所：水戸市堀町 2296-7
園名：わくわくの森保育園

園		主		担	
長		任		任	

登園許可証

病院・医院名 _____

主治医氏名 _____ 印

病名 _____

患者園児氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の感染性疾患は治癒し、伝染の危険性がなくなり
園の集団生活に支障のないことを証明します。

<その他の注意点>

年 月 日

住所：水戸市堀町 2296-7
園名：わくわくの森保育園

園		主		担	
長		任		任	