

登園届（保護者記入）

\_\_\_\_\_  
保育園長 殿

\_\_\_\_\_  
児童氏名

【病名】 該当疾患に  をお願いします。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

【医療機関名】 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受診）において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

印またはサイン

\_\_\_\_\_  
保護者名