

意見書

常香保育園 園長様

園児氏名 _____

以下、園児の該当する感染症にチェックをお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風しん	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	大腸炎感染症	<input type="checkbox"/>	髄膜炎

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので _____ 月 _____ 日から登園可能と認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印
または
サイン

意見書

常香保育園 園長様

園児氏名 _____

以下、園児の該当する感染症にチェックをお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風しん	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	大腸炎感染症	<input type="checkbox"/>	髄膜炎

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので _____ 月 _____ 日から登園可能と認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印
または
サイン

意見書

常香保育園 園長様

園児氏名 _____

以下、園児の該当する感染症にチェックをお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風しん	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	大腸炎感染症	<input type="checkbox"/>	髄膜炎

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので _____ 月 _____ 日から登園可能と認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印
または
サイン