登　園　届

平成　　年　　月　　日

かしま保育園　　園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

医療機関名	
病名	溶連菌感染症　マイコプラズマ肺炎　手足口病　突発性発しん　RSｳｲﾙｽ 伝染性紅斑（りんご病）　感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノウイルスなど） ヘルパンギーナ　帯状疱しん（ヘルペス）　その他（　　）

上記医療機関より、病状も回復し、集団生活に支障がないと判断されましたので、
＿＿＿＿月＿＿＿＿日より　登園いたします。

登　園　届

平成　　年　　月　　日

かしま保育園　　園児名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

医療機関名	
病名	溶連菌感染症　マイコプラズマ肺炎　手足口病　突発性発しん　RSｳｲﾙｽ 伝染性紅斑（りんご病）　感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノウイルスなど） ヘルパンギーナ　帯状疱しん（ヘルペス）　その他（　　）

上記医療機関より、病状も回復し、集団生活に支障がないと判断されましたので、
＿＿＿＿月＿＿＿＿日より　登園いたします。