

治癒証明書および医師連絡票

児童名 ()

・疾患名 _____

※どちらかにチェックをして下さい。

上記の疾患は治癒したことを証明します。

上記の疾患は、集団生活において感染の恐れがないことを証明します。

令和 年 月 日

医師名

Ⓜ

《お願い》

上記児童が病後児保育を利用する場合、留意事項があれば、お知らせください。

敬親かもがた保育園

治癒証明書および医師連絡票

児童名 ()

・疾患名 _____

※どちらかにチェックをして下さい。

上記の疾患は治癒したことを証明します。

上記の疾患は、集団生活において感染の恐れがないことを証明します。

令和 年 月 日

医師名

Ⓜ

《お願い》

上記児童が病後児保育を利用する場合、留意事項があれば、お知らせください。

敬親かもがた保育園