

治癒証明書および医師連絡票

※どちらかにチェックをして下さい。

☐ 敬親保育園

☐ 敬親かもがた保育園

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

⑥

《お願い》

上記児童が保育園を利用する場合、留意事項があれば、お知らせください。

[]