

登園許可書（治癒証明書）

西合志南保育園

氏名 _____

診断名（病名を☑してください）

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)・帯状疱疹	<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(はやり目)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ等)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸炎(0-157)
<input type="checkbox"/>	その他()				

上記疾病が治癒し、集団生活に問題がないと証明します。

_____年 _____月 _____日から、登園可能です。

_____年 _____月 _____日

病院名 _____

医師名 _____ 印

登園許可書（治癒証明書）

西合志南保育園

氏名 _____

診断名（病名を☑してください）

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)・帯状疱疹	<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(はやり目)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ等)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸炎(0-157)
<input type="checkbox"/>	その他()				

上記疾病が治癒し、集団生活に問題がないと証明します。

_____年 _____月 _____日から、登園可能です。

_____年 _____月 _____日

病院名 _____

医師名 _____ 印

登園許可書（治癒証明書）

西合志南保育園

氏名 _____

診断名（病名を☑してください）

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)・帯状疱疹	<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(はやり目)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ等)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸炎(0-157)
<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

上記疾病が治癒し、集団生活に問題がないと証明します。

_____年 _____月 _____日から、登園可能です。

_____年 _____月 _____日

病院名 _____

医師名 _____ 印

登園許可書（治癒証明書）

西合志南保育園

氏名 _____

診断名（病名を☑してください）

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)・帯状疱疹	<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎(はやり目)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ等)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸炎(0-157)
<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

上記疾病が治癒し、集団生活に問題がないと証明します。

_____年 _____月 _____日から、登園可能です。

_____年 _____月 _____日

病院名 _____

医師名 _____ 印