

登園許可証

病院・医院名 _____

主治医氏名 _____ 印

病名 _____

患者園児氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日生

上記の感染性疾患は治癒し、伝染の危険性がなくなり
園の集団生活に支障のないことを証明します。

平成 年 月 日

住所：水戸市千波町 1688-3
園名：葉山保育園

園		主		担	
長		任		任	

登園許可証

病院・医院名 _____

主治医氏名 _____ 印

病名 _____

患者園児氏名 _____

生年月日 平成 年 月 日生

上記の感染性疾患は治癒し、伝染の危険性がなくなり
園の集団生活に支障のないことを証明します。

平成 年 月 日

住所：水戸市千波町 1688-3
園名：葉山保育園

園		主		担	
長		任		任	