

治癒証明書(登園許可証)

企業主導型保育園 クルメキッズランド 殿

園児名：

生年月日： 年 月 日

※かかった疾病名を○で囲んでください

病名	インフルエンザ(型)	ヘルパンギーナ	水痘	風疹	流行性耳下腺炎	溶連菌感染症
	マイコプラズマ感染症	咽頭結膜炎	百日咳	結核	流行性角結膜炎	頭シラミ
	急性灰白髄炎	手足口病	咽頭結膜熱	麻疹	感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症など)	
	ウイルス性肝炎	リンゴ病	とびひ	その他()		
登園後の 注意事項						

上記の者、 年 月 日から集団生活が可能であることを証明します。

医療機関名：

年 月 日

住所：

医師名：

印