

医 師 殿

このたびは入園児 _____
がお世話になっております。

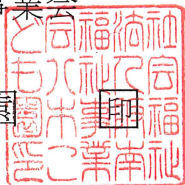
感染拡大を防ぐため、園長は医師の意見を聞いて、登園を認めることになっています。

つきましては当該園児の登園の可否をご判断いただき、感染のおそれがない場合はその旨を右用紙に明示していただきたくお願い申し上げます。

平成 年 月 日

施設名

岸和田市今木町397-1
社会福祉法人 阪南福祉事業会
幼保連携型認定こども園
八木こども園



キ
リ
ト
リ
セ
ン

意 見 書

施設名 八木こども園

組 氏名 _____

平成 年 月 日生 歳

病名 _____

上記の疾病で

平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 までの間

静養中であつたが、主要症状が消退して、もはや感染のおそれがないものと認め、

平成 年 月 日より登園を許可します。

平成 年 月 日

医 師 : 住所 _____

氏名 _____

