

保育園 登園許可証

ナーサリールームマザーリング

S S マザーリング

プリスクールマザーリング

下記の者は、下記の疾病が治癒したので、登園して
良いことを証明し、登園を許可します

園児氏名 _____ (_____ 歳)

疾病名 _____

登園許可日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<医療機関>

所在地

名称

電話番号

担当医師名 _____ 印