

登園許可証

かおり幼稚園

氏名	
生年月日	年 月 日 生
クラス	組
病名 〔該当する番号に○印をつけて下さい〕	<p>1. 百日咳 2. 麻疹</p> <p>3. 急性灰白髄炎（ポリオ） 4. 咽頭結膜炎（プール熱）</p> <p>5. 結核 6. 流行性耳下腺炎</p> <p>7. 風疹 8. 水痘</p> <p>9. 溶連菌感染症（猩紅熱） 10. ヘルパンギーナ</p> <p>11. 流行性角結膜炎 12. ジフテリア</p> <p>13. 日本脳炎 14. 急性脳脊髄膜炎</p> <p>15. 流行性嘔吐下痢症 及び感染性胃腸炎 16. 腸管出血性大腸菌、感染症</p> <p>17. その他 （ ）</p>
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 主要症状が消退し伝染のおそれのないものと認めます。
令和 年 月 日 医療機関名 医師	<p style="text-align: right;">印</p>