登　園　許　可　証

園児名

生年月日　　年　　月　　日

病　　名

上の者、(　　)を完治したことを証明し、
集団保育に支障ありませんので、登園を許可します。

平成　　年　　月　　日

所　在　地
医療機関名
医　師　名　　印