

登園許可証

クラス

氏名

年 月 日生

水痘、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、インフルエンザが、
本日以降、感染の恐れを認めないので、登園を許可致します。

上記の通り証明します。

年 月 日

医師
