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、 本日以降、感染の恐れを認めた			す。
上記の通り証明します。	年	月	日
医 師			

学校法人有馬学園 緑ケ丘幼稚園 殿