**登 園 許 可 証**

 （**保護者記入）**

 　 　 **園児名　　　　　　　　　　　　　　男　・　女**

 **生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日生**

 **歳　　　カ月**

 **虹の森こども園**

**《　病名　》**

 **年　　　　月　　　日より罹患しましたが
　　　　年　　　　月　　　日より登園してよいことを証明します。**

 　　　　　　　　　　　　　　　 **年　　　月　　　日**

　　　　**医療機関名**

 **医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **園長** | **主任** | **看護師** | **担任** |
|  |  |  |  |

き　り　と　り

き　り　と　り

き　り　と　り

き　り　と　り

き　り　と　り

き　り　と　り

き　り　と　り

**登 園 届　（保護者記入）**

**虹の森こども園園長　様**

**年　　　月　　　日**

**クラス名**

**園児名**

**《病名》**

**年　　　月　　　日　より罹患しましたが**

**年　　　月　　　日　医療機関名（　　　　　　　　　　　）にて**

**病状が回復し、集団生活に支障がない状態と診断されましたので登園いたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **園長** | **主任** | **看護師** | **担任** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |