登園届

社会福祉法人ときわ福祉会
認定こども園 ひがし保育園園長 様

園児氏名

年 月 日 生

(病名) 該当疾患にをお願いします (該当しない場合は、空欄にご記入下さい)

	RS ウイルス (2 歳以上)
	マイコプラズマ肺炎
	伝染性紅斑 (りんご病)
	手足口病
	ヘルパンギーナ
	突発性発疹
	帯状疱疹
	単純ヘルペス感染症
	伝染性膿痂疹 (とびひ)
	その他 ()

(医療機関名) _____ (年 月 日受診) において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので 年 月 日から

登園いたします。

年 月 日

保護者名

※保護者の皆様へ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入を意見書の記入及び提出をお願いします。