

登園許可書

このことについて下記の通り証明致します。

1. インフルエンザ 2. 水痘 3. 咽頭結膜熱 4. 流行性耳下腺炎
5. 麻疹 6. 風疹 7. 手足口病 8. その他 ()

患者氏名 _____

出席停止期間 _____年 月 日 から _____年 月 日 まで

年 月 日

医療機関 _____

登園許可書

このことについて下記の通り証明致します。

1. インフルエンザ 2. 水痘 3. 咽頭結膜熱 4. 流行性耳下腺炎
5. 麻疹 6. 風疹 7. 手足口病 8. その他 ()

患者氏名 _____

出席停止期間 _____年 月 日 から _____年 月 日 まで

年 月 日

医療機関 _____