

年 月 日

登園許可書

つくし幼保園長様

上記の者は_____が治癒し

伝染のおそれがないものと判断し、_____月_____日より登園可能であることを

証明します。

初診日 令和_____年_____月_____日

医師名 _____ ⑩

住所 _____

電話 _____