登 園 許 可 証

病名（かかった病気を〇で囲んでください）

麻疹（はしか）　風疹（三日はしか）　百日咳　　水痘（みずぼうそう）

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　インフルエンザ　　新型コロナウイルス

流行性角結膜炎（はやり目）　　急性出血性結膜炎　　結核

咽頭結膜熱（アデノウイルス、プール熱）　　腸管出血性大腸菌感染症（0157など）

その他（　　）

社会福祉法人　ふじみ野会
子どものその幼保連携型認定こども園　園長様

クラス名＿＿＿＿＿＿＿＿　　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の園児は、　　年　　月　　日より
登園して差し支えないことを証明します。

年　　月　　日

病院または
診療所の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※注意事項や連絡事項がありましたら、次にご記入ください。