

登園許可書

学校法人サント・アンゼロ学院
カトリックさゆり幼稚園

組 氏名 _____

病名 _____

上記の疾患のため

年 月 日 から 年 月 日 まで

療養したこと、及びその主要症状が消退し、伝染のおそれが無くなったことを証明します。

よって、 年 月 日 より登園を許可します。

年 月 日

主治医(住所)

(氏名)

印