

登園届

大谷保育園

児童名：_____

病名：インフルエンザ・百日咳・麻疹・おたふくかぜ・水ぼうそう

風疹・アデノウイルス感染症（咽頭結膜熱、流行性角結膜炎）

腸管出血性大腸菌感染症・細菌性腸炎（_____）

溶連菌感染症・手足口病・ヘルパンギーナ・伝染性紅斑

マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症（_____）

RSウイルス感染症・带状疱疹

その他（_____）

欠席期間：_____年 _____月 _____日から _____月 _____日まで

病状が回復し、[医療機関名：_____]において、
集団生活に支障がない状態と判断されたので、_____月 _____日から登園します。

_____年 _____月 _____日

保護者名_____署名又は記名押印

※コピーしてお使い下さい。

又、園にも用意していますので、ご利用下さい。