

## 登園停止解除願い

なかよしこどもえん

組 園児氏名

病 名	
病気にかかっていた期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
登園許可日	20 年 月 日
受診していた医療機関	医療機関名 _____ 主治医名 _____ 電話 ( )

上記の病気のため休みましたが、主治医より登園の許可がおりましたので登園停止解除をお願いします。

20 年 月 日

保護者氏名

登園した際に、まだ感染の恐れがあると思われる場合には、主治医に直接確認を取ることがあります。

この用紙は、すべて保護者が記入のうえ提出してください。自署の場合、押印は不要です。