

通園許可証明書

_____ 保育所(園)・こども園

児童名 _____

病名 [_____]

上記のため 年 月 日から療養中であったが
症状が回復し集団生活に支障がない状態になったため
年 月 日より通園可能と判断します。

_____ 年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン