

## 感染症届

施設名:

クラス:

園児氏名:

病名:

上記の病状で 月 日から 月 日  
までの 日間、療養中でした。

医療機関 ( )

主要症状が消退し、登園して差し支えないと判断  
されましたので、お届けします。

年 月 日

保護者氏名

印

## 証明書

施設名:

クラス:

児童氏名:

病名:

上記の病状で 月 日から 月 日  
までの 日間、療養中であったが、  
主要症状が消退したので、登園して差し支えない  
ものと認めます。

年 月 日

医療機関名

(住所)

(名前)

切り