

感染症届

コンビプラザ桃井キッズクラブ

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名： _____

上記の病名で _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日までの _____ 日間、療養中でした。

医療機関（ _____ ）から主要症状が消退し、登園して
差し支えないと診断されましたのでお届けいたします。

年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印