

# 登 園 届

学校法人森田学園 倉梯幼稚園

園児名： \_\_\_\_\_

病名に○印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱「アデノウィルス」）				
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）				
<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症				
<input type="checkbox"/>	出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎（はやり目）				
<input type="checkbox"/>	風疹（三日はしか）	<input type="checkbox"/>	結核				
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症				
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）				
<input type="checkbox"/>	手足口病	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/>	とびひ	<input type="checkbox"/>	水いぼ
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	RSウィルス		

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

欠席期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで

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

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 署名又は記名捺印