

登 園 許 可 願

園長	主任

今井保育園園長殿

クラス名	うめ・さくら・たんぽぽ・すみれ・ばら・ゆり
園児氏名	
病 名 (○をつけて ください)	インフルエンザ・とびひ・溶連菌感染症 水痘（水ぼうそう）・ウイルス性胃腸炎 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・手足口病 突発性発疹・RSウイルス感染症・百日咳 咽頭結膜炎（プール熱）・麻疹（はしか） ヘルパンギーナ・流行性角結膜炎（はやり目） マイコプラズマ肺炎・伝染性紅斑（リンゴ病） 風疹（三日はしか）・带状疱疹・ヘルペス口内炎 その他（ ）
医療機関	_____ 病院・診療所・医院

※医師の証明は必要ありませんが、保育園から医療機関に問い合わせをする場合があります。

インフルエンザの場合、以下の月日をご記入ください。

発症（発熱）した日 ____ 月 ____ 日

解熱した（平熱に戻った）日 ____ 月 ____ 日

上記の医師から登園を許可されたので、

平成 年 月 日から登園することを許可願います。

保護者氏名 _____