

# 感 染 症 届

令和 年 月 日

幼保連携型認定こども園

みどり幼稚園様

組

幼児氏名

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。

下記医療機関から、主要症状が消過し、登園して差し支えな  
いと診断されましたので、お届けします。

記

医療機関名 ( )

住 所 ( )

電話番号 ( )

担当医 ( )

保護者氏名 (印)

保護者連絡先 — —