

# 登園届 (保護者記入)

登園届提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

いずみ反町保育園 園長殿

園児クラス \_\_\_\_\_ 組 園児氏名 \_\_\_\_\_

## 病名 (○で囲んで下さい)

溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、手足口病、伝染性紅斑 (リンゴ病)  
ウイルス性胃腸炎 (=感染性胃腸炎) (ノロ、ロタウイルス等)  
ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症、帯状疱疹、突発性発しん、  
伝染性膿痂疹 (とびひ)、その他 ( \_\_\_\_\_ )

診断された日 (あるいは疑いで受診した日)	医療機関名
年 _____ 月 _____ 日	
登園に支障がないと医師に判断された日	医療機関名
年 _____ 月 _____ 日	

上記に相違なく、登園届を提出いたします。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

# 登園届 (保護者記入)

登園届提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

いずみ反町保育園 園長殿

園児クラス \_\_\_\_\_ 組 園児氏名 \_\_\_\_\_

## 病名 (○で囲んで下さい)

溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、手足口病、伝染性紅斑 (リンゴ病)  
ウイルス性胃腸炎 (=感染性胃腸炎) (ノロ、ロタウイルス等)  
ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症、帯状疱疹、突発性発しん、  
伝染性膿痂疹 (とびひ)、その他 ( \_\_\_\_\_ )

診断された日 (あるいは疑いで受診した日)	医療機関名
年 _____ 月 _____ 日	
登園に支障がないと医師に判断された日	医療機関名
年 _____ 月 _____ 日	

上記に相違なく、登園届を提出いたします。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印