

登園許可書

年 月 日

クラス名：

園児名：

保護者名：

(病名)

が 年 月 日付により治癒し

伝染性が無くなり集団生活に支障が無い事を証明致します。

病院名：

医師名：

印

オリンピックおおぞら保育園

〒570-0014 大阪府守口市藤田町 5-2-5 TEL：06-6902-2250

登園許可書

年 月 日

クラス名：

園児名：

保護者名：

(病名)

が 年 月 日付により治癒し

伝染性が無くなり集団生活に支障が無い事を証明致します。

病院名：

医師名：

印

オリンピックおおぞら保育園

〒570-0014 大阪府守口市藤田町 5-2-5 TEL：06-6902-2250