園長印	主任印	担当印

登　園　許　可　証

社会福祉法人 みづほ福祉会
　　池　田　保　育　園
理事長 園長　丸茂 優子 殿

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔 病 名 〕

1、麻疹　　2、水痘　　3、流行性耳下腺炎

4、風疹　　5、インフルエンザ　　6、伝染性膿痂疹(とびひ)

7、その他（　　）

上記疾患により、　　月　　日より治療中でしたが、

他の児童に伝染のおそれはないので　　月　　日より

登園を許可します。

保育園生活において注意することがありましたら記入してください。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
医　師　名　　印