

主治医 殿

ご多忙中恐れ入りますが、ご高診の上、下記の項目をご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

学校法人石井学園 赤羽幼稚園・赤羽こども園

〒115-0055 東京都北区赤羽西一丁目 36 番 1 号

TEL : 03-3906-6282

FAX:03-3908-9924

Mail:info@akabane.ed.jp

登園許可証

_____組 氏名_____

上記の者は_____が軽快し、
かつ学校保健法の基準により伝染病の予防上支障がないと認めたので、登園を許可します。

《登園停止期間_____月_____日 ~ _____月_____日》

_____年_____月_____日

医療機関および医師名
