学校法人西山学園大和幼稚園

# インフルエンザ治癒による再登園届

＿＿＿＿＿＿＿＿組　　園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の疾患について、＿＿＿月＿＿＿日に 医師の診断を受けました。

この為、＿＿月＿＿＿日から＿＿＿月＿＿＿日まで 登園を停止していましたが、

本日より、登園させますのでご連絡致します。

受診した医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関の電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日