

# 新型コロナウイルス感染症

# 登園許可証明

(社福) 發榮福祉会 やまと保育園

園長様宛

( ) 組

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日 平成・令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

\*新型コロナウイルス感染症に罹患した場合は、  
医療機関に記入していただき提出してください。

上記の疾患が治癒したので、登園してよいことを証明します。

初診日： 年 月 日  
陽性確定日： 年 月 日  
登園停止期間： 年 月 日 ~ 年 月 日まで  
登園許可日： 年 月 日

※医療期間で記入していただけない場合は保護者様が記入してください。  
また、医療機関名の記入もお願いいたします。

年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_ 印