

★保護者の方でご記入をお願いします

登園届

しろの子認定こども園

組

氏名

診

断

名

(

)

受診した医療機関名

発症日

令和

年

月

日

受診日

令和

年

月

日

登園可能日

令和

年

月

日

解熱した日

令和

年

月

日

*すべての感染症に罹患した際にご提出下さい。