

医師の診断を受け、保護者が記入してください。

通院証明

大原野こども園殿

クラス _____ 児童名 _____

(病名) ※診断名を記入してください

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 処方薬の服用期間が終了しました。
<input type="checkbox"/> 体調が回復しました。(処方箋の服用がない場合はこちらにチェック) |
|--|

病院名: _____ (年 月 日受診)

において感染症ではなく、集団生活に支障がない状態と判断されました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

保護者名 _____

新型コロナウイルスの感染をできる限り抑え、安心、安全に配慮し、園生活を送るため例年より厳密に対応させていただきます。鼻水、咳などの症状においてはアレルギーでの症状もあるため区別し明瞭にすることで皆様が安心して通園できますよう、ご協力下さい。



医師の診断を受け、保護者が記入してください。

通院証明

大原野こども園殿

クラス _____ 児童名 _____

(病名) ※診断名を記入してください

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 処方薬の服用期間が終了しました。
<input type="checkbox"/> 体調が回復しました。(処方箋の服用がない場合はこちらにチェック) |
|--|

病院名: _____ (年 月 日受診)

において感染症ではなく、集団生活に支障がない状態と判断されました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

保護者名 _____

新型コロナウイルスの感染をできる限り抑え、安心、安全に配慮し、園生活を送るため例年より厳密に対応させていただきます。鼻水、咳などの症状においてはアレルギーでの症状もあるため区別し明瞭にすることで皆様が安心して通園できますよう、ご協力下さい。

