

# 登園届

ひがしすげ幼稚園 \_\_\_\_\_組

氏名 \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_

診療期間 令和 年 月 日より、令和 年 月 日まで

診断を受けた病院名

\_\_\_\_\_

子どもの健康状態が回復し、医師の許可がでたので登園します。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印