登 園 許 可 証

社会福祉法人 わらべ福祉会

園名：

園児名

生年月日

上記の者（病名　　）は診察の結果、完治したことを証明し、集団保育に支障ありませんので登園を許可致します。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

名　称

医 師 名　　印