

< 医師用 >

意見書

彩都みのり保育園園長殿

園児氏名 _____

病名 [_____]

期間 年 月 日～ 年 月 日まで

主要症状が消退し感染の恐れがなくなり、集団生活に支障がない状態になったので
登園可能と判断しました。

_____ 年 月 日 _____

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン _____

