

年 月 日

日の出幼稚園長 様

治 癒 届

組 園児氏名

保護者名

印

下記の通り受診し、医師より指示された期間、療養し、治癒しましたのでお届けします。

記

疾 患 名

☐ 溶連菌感染症

☐ ウィルス性肝炎

型

☐ 手足口病

☐ 伝染性紅斑

☐ ヘルパンギーナ

☐ マイコプラズマ感染症

☐ 流行性嘔吐下痢症

受診医療機関

欠席期間

月

日より

月

日まで