

意見書

学童統括責任者 宛

学 年 _____

児童名 _____

病名 [_____]

年 月 日から症状も回復し、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す。

年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン

----- キ リ ト リ セ ン -----

意見書

学童統括責任者 宛

学 年 _____

児童名 _____

病名 [_____]

年 月 日から症状も回復し、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す。

年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印又はサイン