

登園許可証明書

認定こども園さくらの森 園長 能村 澤子
越谷保育専門学校附属城の上保育園 園長 小黑澤 清美

()組 お子様のお名前() 保護者氏名()

○感染症名

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1. 麻しん(はしか) | 13. マイコプラズマ肺炎 |
| 2. インフルエンザ | 14. 手足口病 |
| 3. 風しん(3日はしか) | 15. 伝染性紅班(りんご病) |
| 4. 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) | 16. ヘルパンギーナ |
| 5. 水痘(水ぼうそう) | 17. RS ウイルス感染症 |
| 6. 結核 | 18. 帯状疱疹 |
| 7. 咽頭結膜熱(プール熱・アデノウイルス) | 19. とびひ |
| 8. 百日咳 | 20. ウイルス性肝炎 |
| 9. 流行性角膜炎 | 21. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 10. 急性出血性結膜炎 | 22. アタマジラミ症 |
| 11. 腸管出血性大腸菌感染症
(O157・O26・O111等) | 23. 感染症胃腸炎 |
| 12. 溶連菌感染症 | 24. ノロ・ロタウイルス等 |
| | 25. 伝染性軟属腫(水いぼ) |

上記の(○印)疾病で平成 年 月 日より療養中だったが、完治が見込まれたため、平成 年 月 日から登園してよいことを証明します。

登園時の注意事項

平成 年 月 日

医療機関
医 師

印

平成 年 月 日

一時預かり保育利用申請書

認定こども園越谷さくらの森
園長 能村 澤子様

申請者 住所 _____ .
氏名 _____ .

一時預かりを利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童名				
利用希望期間	日にち	平成 年 月 日		
	時間	時 分 ~ 時 分まで		
理由	1. 緊急を要する用事 疾病・通院・出産／災害・事故／看護・介護／冠婚葬祭 2. 一時的な労働・就学等 労働／就学／職業訓練／ボランティア活動 3. その他私的な理由 心身のリフレッシュ／その他			
緊急連絡先		電話	()	児童との関係
		電話	()	児童との関係
備考				

※各項目について、記述もしくは該当項目を○で囲んで下さい。