

足利短期大学附属幼稚園長 様

## インフルエンザ（新型・季節性）専用 登園許可願

\_\_\_\_\_組 \_\_\_\_\_園児名

※ 家族の方でインフルエンザにかかった場合

【 父・母・兄弟姉妹・その他（ \_\_\_\_\_ ）】

いずれかに○をつけてください。

インフルエンザに感染し \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日に発熱しました。

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日には平熱になりその後3日間経過しましたので、

本日より登園許可をお願いいたします。

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

受診した病院名 \_\_\_\_\_

(保護者の方が記入してください。)