

登 園 許 可 願

足利短期大学附属幼稚園長 様

組 園児氏名

※家族の方で第1種にかかった場合 氏 名

上記の者は、平成 年 月 日より 月 日まで、

病院・医院にて診療中のところ下記の病気が軽快し

伝染病予防上支障がないと下記の医師より認められたので、許可をくださる

ようお願いいたします。

	病 名	○印		病 名	○印
第1種	コレラ		第3種	腸管出血性大腸菌感染症(O-157)	
	細菌性赤痢			流行性角結膜炎	
	パラチフス			急性出血性結膜炎	
	ペスト			溶連菌感染症	
	ジフテリア			手足口病	
	腸チフス			伝染性膿痂疹	
	ポリオ(急性白髄炎)			ヘルパンギーナ	
第2種	インフルエンザ			マイコプラズマ感染症	
	水疱(水ぼうそう)			伝染性紅斑(りんご病)	
	麻疹(はしか)			RSウイルス感染症	
	流行性耳下腺炎				
	百日咳				
	結核				
	咽頭結膜炎(プール熱)				

平成 年 月 日

保護者名 印

病院名 印
