

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。)