

各種感染症出席停止期間届

大和郡山市立筒井幼稚園長 様

組 幼児氏名 _____ は、下記のとおり医師の指示により
自宅療養していましたが、感染のおそれがなくなりましたので、登園を再開します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

1. 医療機関名

2. 医療機関受診年月日 令和 年 月 日

3. 罹患感染症名

4. 発症年月日 令和 年 月 日

5. 軽快年月日 令和 年 月 日

6. 自宅療養期間 令和 年 月 日 ～ 年 月 日
(出席停止期間)

※記載内容について、受診医療機関へ問い合わせる場合があります。