

(型)

保 育 園 名 ママサポート

兒 童 名 _____ 年 月 日 生 () 歲

受 診 日 令和 年 月 日 ()

受診病院名

出席停止期間中の体温測定結果

[illegible]

必ず休まなければならない期間（6日間）

* 一日2回以上の検温を行って下さい。(朝・夕の2回の検温記録)

ママサポート 園長 様

上記の通り、発症後 5 日を経過し、かつ解熱後 3 日を経過し体調が回復しましたので登園させます。

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____

保護者の方へ

※治療証明書の提出は不要ですが、上記の内容をご理解の上での登園お願い致します。