

# 学 校 感 染 症 連 絡 票

クローバー保育園長殿

\_\_\_\_\_ 歳児クラス \_\_\_\_\_ 氏名  
(平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

上記の園児は、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から学校保健安全法に規制された下記の  
の疾病により出席停止の必要があるので連絡します。

病 名	
診 断 さ れ た 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
登 園 可 能 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

医師 住所

氏名