

登所届

児童発達支援センターしろくま
施設長 様

児童氏名

生年月日 年 月 日

該当疾患に☑をお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（リンゴ病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	その他（病名 ）

上記病名と診断され、令和 年 月 日に

医療機関名 において、

症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、登所します。

年 月 日

保護者氏名

- 上記の感染症について、医師により集団生活に支障がないと判断され登所を再開する際には、保護者が記載した「登所届」を、児童発達支援センターしろくままで提出してください。
- 感染症の集団発症や流行を防ぐことができるよう、ご協力をお願いいたします。