

新型コロナウイルス感染症登園届

社会福祉法人みどり会 みどり保育園園長殿

クラス _____ 氏名 _____

かかった医療機関名 _____

※出席停止期間(必ず休まなければならない期間)※

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
月/日	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
その他 症状	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()
	6日目	7日目	8日目	9日目		
月/日	/	/	/	/		
体温	℃	℃	℃	℃		
その他 症状	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()	・咳 ・鼻汁 ・その他 ()		

医師の診断を受け、 _____ 月 _____ 日() まで欠席しましたが、上記の通り発症後 5 日を経過し、かつ症状が軽快後 1 日を経過しましたので本日より登園します。

年 月 日

保護者名 _____

印