平成　　年　　月　　日

愛子幼稚園長殿

医療機関

医師氏名

出　席　許　可　証

＿＿＿＿＿＿＿＿組

園児氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の園児は　　の為治療しておりましたが

完治しましたので登園を許可いたします。