

## 意見書

ハートフル保育所 氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

西暦 年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

西暦 年 月 日  
医療機関 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印