

令和 年 月 日

学校法人 大野学園
鈴ヶ森めばえ幼稚園

通園許可願

【 】組 園児名

去る令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで

病名 _____ と診断され

治療したところ、令和 年 月 日に完治しましたので

通園許可をお願いします。

病院名 _____

保護者名 _____

印