

除去解除指示書

社会福祉法人 因明会
認定こども園 ぱる 園長 殿

以下の児童について、 年 月 日から除去を解除する

児童氏名 生年月日	平成 年 月 日生
解除内容	

平成 年 月 日

病院名 _____

担当医師名 _____ 印