

## 〔 妊娠経過証明書 〕

御中

- 住所 〒
- 氏名
- 生年月日            年            月            日
- 妊娠            週
- 過去に早流産を3回以上繰り返していない
- 特記事項

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。

年    月    日

• 医療機関名称 \_\_\_\_\_

• 住 所 \_\_\_\_\_

• 電話番号 \_\_\_\_\_

• 医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_