

〔 医師承諾書 〕

御中

・氏 名 _____

・妊 娠 _____ 週 _____

現在まで妊娠経過に異常は認められず、「マタニティビクス」もしくは「マタニティヨガ」に1レッスン参加することを許可致します。

年 月 日

・医療機関名称 _____

・住 所 _____

・電話番号 _____

・医師名 _____ 印 _____

〔 同意書 〕

御中

私は、「マタニティビクス」もしくは「マタニティヨガ」に1レッスン参加することを定期（妊婦）検診担当医師より承諾を得ています。

また、自身の体調管理は自分自身で行い、もし体調の異変を感じた場合には、直ちにレッスンを中断致します。

年 月 日

自署：_____

〔 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 _____