

【マタニティークラス参加許可証明書】

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 年齢 _____ 歳

妊娠週数 _____ 週

◎ 主治医のチェック（数字の上に○、×でお答えください。）

1. 妊娠16週を経過している。
 2. 過去に流・早産を3回以上繰り返していない。
 3. 子宮口が閉じている。
 4. おりものが異常でない。
 5. 多胎児ではない。
 6. 今回の妊娠に関し、正常な過程を通っている。
- *その他当クラブに対しご意見、ご要望がありましたらご記入ください。

上記の者はマタニティークラスを行うに際し、現在のところ順調に妊娠経過中であり、異常の無いことを認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

住所

医師名

印

※スポーツクラブ NAS 港北にご提出お願い致します。

TEL 0 4 5 - 9 4 4 - 4 1 0 0