

証 明 書

| | | | | |
|----|---|------|-------|-----------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 妊娠週数 週 |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | () — |

◆チェック項目

1. 妊娠16週以降である。
2. 切迫流・早産の傾向がない。
3. 子宮口が閉じている。
4. その他、マタニティスイミングに支障がない。(高血圧等)

◆医師のご意見

現時点において、上記の通りであることを認めます。

平成 年 月 日 時

住所

院名

担当医師名



◎ 注 意 事 項

●次の場合は練習をお休みいただきます。

- ① 担当医師、助産師、インストラクター等に禁止されたとき。
- ② 出血のあるとき。
- ③ 腹緊が規則的に走るとき、または1回の腹緊が長く続くとき。
- ④ 熱がある、体がだるいなど体調が悪いとき。
- ⑤ 伝染性の病気にかかっているとき。

申 込 書

私は、このたびマタニティスイミングコースに参加いたしたく、本人署名、捺印の上申込みいたします。

申込み後は、規則及び注意事項を厳守し、指導員の指示に従うことを誓います。

平成 年 月 日

袋井B & G海洋センター 様

住所 〒 _____

(ふりがな)

氏名 _____ ⑩ _____

生年月日 _____ (歳) 血液型 _____

出産予定日 _____ 第 子

※ マタニティ教室を何でお知りになりましたか。

ホームページ・広告・知人の紹介・その他 ()