

# 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

住所

院名

担当医師名

⑩