

許可書

神戸アドベンチスト病院

三育センター 運動教室 宛

・氏名

・妊娠

週

・予定日

年

月

日

現在まで妊娠経過に異常が認められず、「マタニティビクス」「マタニティヨガ」のレッスンに参加することを許可いたします。

※注意事項等がありましたらご記入ください

年

月

日

・医療機関名

・住所

・電話番号

・医師署名

印