

マタニティピラティス参加許可書

お世話になります。下記患者さんが、マタニティピラティスセッション参加を希望されております。
つきましては、参加を希望される方が、現時点において妊娠経過に異常がないことを確認したく、マタニティピラティス参加許可証のご記入をお願いしたく存じます。常に主治医の了解のもと、実施をしております。何卒宜しくお願い申し上げます。

住所	
氏名	
妊娠週数	週

記載時点において妊娠経過に異常が認められないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称

住所

TEL

医師名

印