**医師承諾書**

ハイハットスタジオ御中

**・氏名**

**・妊娠　　　　　　　　週**

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

**年　　月　　日**

**・医療機関名称**

**・住所**

**・電話番号**

**・医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

同　意　書

ハイハットスタジオ御中

私は本日「マタニティビクス」のレッスンに参加することを定期（妊婦）検診担当医師に承諾を得ています。また、自身の体調管理は自分自身で行い、もし体調の異変を感じた場合は直ちにレッスンを中断します。

年　　　月　　　日

自署：