

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：_____