

妊娠経過証明書

妊婦本人記入欄

- ・ 郵便番号・住所_____
- ・ 氏名_____
- ・ 生年月日 _____年 _____月 _____日

担当医師記入欄

- ・ 妊娠 _____ 週
- ・ 過去に早流産を 3 回以上繰り返していない
- ・ その他特記事項

以上、妊婦本人が株式会社 Dr. トレーニングが運営する施設にて実施されるプログラムへの参加に際して、担当医師が妊婦本人の妊娠経過に異常がないことを証明する。

_____年 _____月 _____日

- ・ 医療機関名称_____
- ・ 郵便番号・住所_____
- ・ 電話番号_____
- ・ 医師名_____

株式会社 Dr. トレーニング
東京都渋谷区恵比寿西 1-30-1 シーズ代官山 1F
090-6113-6658 担当：青柳