

# 妊娠経過証明書

常陸大宮市長 様

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊娠 週

過去に流産を3回以上繰り返していない

特記事項

( \_\_\_\_\_ )

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。よって、妊娠中の運動（マタニティヨガやビクス等）への参加を了承します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名称 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印