

マタニティスイミング

同意書

私は、マタニティスイミングを行うにあたり、マタニティスイミング入会のしおりをよく読み、これを理解したうえ、これを守ります。

また、水泳などのスポーツと関係なく、一般的に約 5.3%の流早産があることも充分理解しております。尚、入会にあたり、私の夫も上記のことを理解し、入会に賛成しておりますので連名で署名します。

平成 年 月 日

スタジオオーネスイミングクラブ殿

(本人)住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(夫) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

マタニティスイミング

開始時検診の依頼

担当医師殿

当スクールでは、妊婦水泳クラスを開催しております。現在、妊娠 15 週を過ぎた入会希望者については診察をしていただき、異常がない者のみ入会を許可しております。

つきましては、開始時検診をお願いいたしたくご依頼申し上げます。

水戸市元吉田町 1745-5  
スタジオオーネスイミングクラブ  
TEL 029-246-1600

証明書

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

住所 \_\_\_\_\_

妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 出産予定日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

スタジオオーネスイミングクラブ殿

上記の者は現在までの妊娠経過に異常を認めません。

平成 年 月 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印