

病院控え

葛飾赤十字産院における

産後エクササイズクラス参加同意書

私は産後クラスに参加するにあたり、1か月健診にて母児の経過が順調であることを確認しています。また、レッスン参加の際、自己の責任に置いて健康状態に留意し、クラス内での子供の行動に注意し責任を負います。

年 月 日

診察券番号：

氏名：

緊急連絡先：

名前（ご関係）：

電話番号：

*なお、個人情報は病院内のみで利用し、当院が責任をもって管理いたします。

本人控え

葛飾赤十字産院における

産後エクササイズクラス参加同意書

私は産後クラスに参加するにあたり、1か月健診にて母児の経過が順調であることを確認しています。また、レッスン参加の際、自己の責任に置いて健康状態に留意し、クラス内での子供の行動に注意し責任を負います。

年 月 日

診察券番号：

氏名：

緊急連絡先：

名前（ご関係）：

電話番号：

*なお、個人情報は病院内のみで利用し、当院が責任をもって管理いたします。