

マタニティビクス登録書

受付	担当者	責任者

NO _____

受付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ 血液型 _____ 型

生年月日 19 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳

住所 〒 _____ - _____

電話番号 _____ 携帯 _____

緊急連絡先 お名前 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

※通院中の方は、ご記入ください。

現在通院している病院名 _____ 出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話番号 _____

初産／経産 (_____) 人目

同意書

下記事項を理解していただき、署名捺印をお願いいたします。

同意事項

マタニティビクス前の事前検診において、助産師の参加許可が下りなかった場合は、当日の受講はいたしません。

マタニティビクス参加中に、少しでも体調の変化に気付いた場合は即時申出をし、受講を中止します。

マタニティビクス受講における注意事項等を理解し、また記載されている内容等を遵守したうえで安全に留意し、受講をいたします。

私はマタニティビクスが、日本マタニティビクス協会のデータに裏付けられた安全で効果的なエクササイズであることを理解し、また運動に関係なく一般的に胎児死亡を含む流産が全妊娠例の約15%あることを認識しています。なお、私の家族も上記のことを理解したうえで受講に賛成しています。

公益財団法人 江東区健康スポーツ公社
江東区有明スポーツセンター 殿

私は、上記事項に同意いたします。

署名 _____

※ご記入いただいたお客様の個人情報は、この事業にのみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。