

# マタニティレッスン同意書

私は、Studio & Caffè CIRCE のレッスンを受講するにあたり、以下の内容を十分に理解した上、これに同意いたします。

- 1、現在診察を受けている主治医の許可を得ています。
- 2、体調のすぐれない時は参加いたしません。
- 3、レッスン中、少しでも体調の変化に気付いた場合は、ただちにスタッフに申し出てレッスンを中止いたします。
- 4、運動に関係なく、一般的に胎内死亡を含む流産や早産が全妊娠例の10%～15%存在することを理解しています。
- 5、運動は、安産を保証するものではないことを理解しています。
- 6、常に自己責任と管理のもと、母子の健康状態に留意しクラスに参加します。

私は、上記事項に同意し、万が一レッスン参加中の不慮の事故が起こりましても意義の申し立ては致しません。また、レッスンを受講するにあたっての、一切の責任は私自身が負うものとします。

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

ご本人の署名 \_\_\_\_\_

ご家族の署名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

自宅住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

出産予定の産院 \_\_\_\_\_ 出産予定日 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

かかりつけの病院  
(出産予定の産院と別の場合にお書きください) \_\_\_\_\_

① 緊急連絡先のお名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

緊急電話番号 \_\_\_\_\_

② 2カ所へ連絡必要な場合はお書きください

緊急連絡先のお名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

緊急電話番号 \_\_\_\_\_

