

他院通院中の方用

マタニティ・ヨガ受講

申込書
許可書

yamadaclinic

マタニティ・ヨガの受講を希望します。

お名前 _____

・上記希望者の受講を許可します。

病院名 _____

医師氏名 _____ 印

◆受講の際はこの用紙をご持参下さい。