

妊娠経過証明書

住 所 〒 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠 _____ 週

過去に流早産を3回以上繰り返していない

特記事項

(_____)

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

医 師 名 _____ 印