

入会申込書

太枠内を記入して下さい。

氏名	フリガナ			男・女		
自宅電話番号	() -	携帯電話番号	-	-		
緊急連絡先名			緊急連絡先電話番号	-		
メールアドレス						
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	血液型	A・B・AB・O RH ()
自宅住所	□□□-□□□□					
勤務先名						
勤務先住所	□□□-□□□□					
勤務先電話番号	() -	DM発送先	自宅・会社			
職業	会社員・公務員・自営業・会社役員・自由業・学生・専業主婦(夫)・パートアルバイト・無職					
認知媒体	クリニック通院中・知人の紹介・ホームページ・フリーペーパー・看板・その他 ()					
入会目的	健康維持・運動不足解消・ストレス解消・むくみ解消・発汗・ダイエット・引き締め・リハビリ・膝痛、腰痛対策・筋肉量アップ・その他 ()					
障害・疾病	高血圧症・糖尿病・脂質異常症・脊椎疾患・変形性関節症・心疾患・脳疾患・肺疾患 関節リウマチ・精神疾患・その他 () ・特になし					
利用交通機関	自家用車・バイク・自転車・徒歩・電車・バス					
入会者が未成年の場合はご記入下さい(未成年者は必須)						
保護者名			年齢	歳	続柄	
保護者住所	□□□-□□□□					
保護者電話			保護者勤務等 緊急時連絡先			
<p>入会同意書</p> <p>布留メディカルフィットネス会員規約および個人情報保護規定を承諾の上、入会を申し込みます。また未成年者の保護者は、会員規約に基づく責任を本人と連帯して負うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>入会者氏名(自署) _____</p> <p>保護者氏名(自署) _____</p>						

FURU MEDICAL FITNESS 記入欄

会員番号							
入会受付日	年	月	日	コース			
利用開始日	年	月	日	備考	振替用紙・ペイジー	受付	INPUT
支払方法	口座振替 (銀行) / 現金払						
	口座番号						