

入 会 申 込 書



医療法人 e-メディカル 御中

受付日：平成 年 月 日

開始日：平成 年 月 日

会員番号

会員種別

- 個人会員 メディカル会員A
 家族会員 メディカル会員B

フリガナ お名前		性別 男 女	血液型 型
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	年 齢 歳
TEL () -		携帯電話	
ご自宅住所 〒			
職業 1. 会社員 2. 公務員 3. 自営業 4. 専業主婦 5. 学生 6. パート・アルバイト 7. 年金生活者 8. その他 ()			
勤務先 (学校名)		TEL () -	
緊急連絡先	1. 自宅 2. 勤務先 3. その他 (/Tel - -)		
入会目的 1. 生活習慣病の予防・改善 2. 整形外科疾患リハビリ 3. 運動不足の解消 4. ストレス解消 5. メタボリック対策 6. 健康維持 7. 筋力アップ 8. シェイプアップ 9. 仲間づくり 10. 医師の勧め 11. その他 () ※複数回答可			
交通機関	1. 自家用車 2. バイク 3. 自転車 4. バス 5. 徒歩		
申込経緯	1. 新聞折込チラシ 2. その他広告 3. ポスト投函チラシ 4. クラブ看板 5. 会員・知人紹介 (様) 6. その他 ()		

※ご本人が18歳未満の場合は、ご記入ください。

◎承諾保証者

私は、上記の者が貴クラブに入会するにあたり、貴クラブの規約を承諾し、保護者として本人を保護・監督し、その責務を保証いたします。

フリガナ
お名前

印

ご住所 〒

※入会者の住所と異なる場合は、ご記入ください。

備 考

※本クラブは、個人情報をお安全かつ適切に取り扱います。

e-メディカルフィットネス
Phoenix

〒950-0861新潟市東区中山6丁目3番35号
TEL.025-275-5525 FAX.025-275-5568

受付者 マネジャー