

wellart Medicare Sports Gym

法人会員入会申込書

受付日 年 月 日

法人名 (フリガナ)	()	
代表者氏名 (フリガナ)	()	
住所	〒	
TEL・FAX	(TEL)	(FAX)
メール アドレス		
入会日	年 月 日	
会員種別	<input type="checkbox"/> 法人 A 会員 (月会費 22,000 円 ジム利用 1 日 2 名まで) <input type="checkbox"/> 法人 B 会員 (月会費 55,000 円 ジム利用 1 日 6 名まで) <input type="checkbox"/> 法人 C 会員 (月会費 110,000 円 ジム利用 1 日 13 名まで)	
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振替 (前月 27 日引落) <input type="checkbox"/> クレジットカード (前月 22 日決済)	

※スタッフ記入欄

会員番号		受付担当	
------	--	------	--