

wellart
Medicare Sports Gym

ウェルアート メディケアスポーツジム入会申込書

氏名	(フリガナ)	会員番号	
		性別	男 · 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
勤務先 学校名・学年	(学年 年)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
E-mail			
緊急連絡先	(電話番号) (氏名) (関係)		
月会費 支払方法	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 口座振替	入会日	月 日
会員種別	・レギュラー限定 　・レディース限定 　・低酸素限定 　・アーユルヴェーダ ・レギュラー 　　　・レディース 　　　・低酸素 　　　・低酸素ライト ・スタジオ A 　　・スタジオ B 　　　・貸しロッカー(更衣室)		

【初期費用】	
入会金 :	円
システム手数料(初年度) :	円
(月分) 会費 :	円
(月分) 会費 :	円
合計 :	円
【初回決済・振替日】	
月	日

申込日 : 年 月 日

申込者氏名 :

保護者氏名 : 印

※申込者が未成年の場合、保護者の署名・捺印が必要です。