

メディフィット回生会 入会申込書

| | | | | | |
|-----------------|---|---|-----|----------------|----------------|
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | |
| 氏名 | 姓 | 名 | 男・女 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 (満 歳) |
| 現住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 市 郡 | | | TEL | 自宅 携帯電話 |
| メールアドレス | @ | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 (続柄) | | TEL | | |
| 入会の目的 | ① 健康増進 ② 体力向上 ③ 筋力増強 ④ ダイエット ⑤ 生活習慣病改善 ⑥ リラクゼーション ⑦ 余暇活動 ⑧ 社会交流 ⑨ その他() | | | | |
| 施設を何で 知りましたか | ① 広告・チラシ ② パンフレット ③ インターネット ④ 当施設担当者の営業 ⑤ ご家族 ⑥ 知人・友人 ⑦ その他() | | | | |
| かかりつけ 医 | 病院・クリニック・診療所 運動療法処方箋 有・無 | | | | |

私は、メディカル&フィットネスセンター メディフィット回生会の会員規約及び細則を十分理解し、会員規約第5条に抵触しないことを誓約すると共に、個人情報の提供に同意の上、入会を申込みます。

令和 年 月 日 氏名 印 親権者氏名 印
(20歳未満の方のご入会には親権者の同意が必要となります)

【スポーツ安全保険】に加入されますか？ はい・いいえ
(保険加入日～3月末日までです。掛け金 高校生以上 1,850円、65歳以上 1,200円)

【医療費控除】(フィットネス会費)申請されますか？ はい・いいえ
※詳細につきましては、スタッフにご確認ください

スタッフ記入欄

| | | | |
|------|----------------------|-------|-------|
| 会員番号 | | 入会受付日 | 年 月 日 |
| 会員種別 | 一般会員・メディカル会員・ポストリハ会員 | 利用開始日 | 年 月 日 |

本人確認：1. 免許書 2. 保険証 3. その他

| | |
|-----|-----|
| 入力者 | 受付者 |
| | |