

# メディカルフィットネス煌煌 申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

会員番号 \_\_\_\_\_

カルテ番号 \_\_\_\_\_

ふりがな		生年月日	年齢
氏名	男・女	明治 大正	歳
		昭和 平成	血液型
		年 月 日	型
住所	〒		
電話番号			
携帯電話			
メールアドレス			
勤務先			
勤務先電話番号			
緊急連絡先	氏名		
	住所		
	電話番号		
	携帯番号		
予備緊急連絡先	電話番号		

[同意文]

貴施設を利用するにあたって、運動には危険がつきものである為、指導員の指導注意、館内の諸規則・会則第21条を厳守し、自己責任において運動を行い、いかなる場合も貴施設に責任を問わないことを同意します。

サイン \_\_\_\_\_ (印)

お申込でいただいた個人情報は、当施設のみで利用し、この目的以外での利用は致しません。