

Muscle & Beauty 入会申込書

私は、Muscle & Beauty会員会則を一読し、了承しました
以下の記載のとおり、入会を申し込みます

チェックをお願いします

会員会則の内容を了承しました

入会日 年 月 日 会員NO. _____

| | |
|------------------------|--|
| ふりがな 氏名 | 血液型 () 型 |
| 住所 | (〒 -) 市 番地 <small>アパート等名称</small> |
| 電話番号 | - - |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) |
| 緊急連絡先 | - - (連絡先名) |
| 勤務先 (学校) 名 | |
| 親権者氏名 (入会者 が未成年の場合) | 親権者電話番号 - - |
| 親権者住所 | 市 番地 <small>アパート等名称</small> |
| 会員種別 (○で囲 んで下さい) | レギュラー/フルタイム/ウーマンズデイ/シニア/ファミリー/週1/学生 (生徒) |

会員種別変更時は、550円 (税込) お支払い頂きます

年 月 日変更 () 会員
年 月 日変更 () 会員
年 月 日変更 () 会員
年 月 日変更 () 会員