

優弥道場

& Fighting Clinic

入会申込書

〒272-0023

千葉県市川市南八幡4-4-5

ウインズ本八幡3F

TEL・FAX 047-376-2215

申込日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は会員利用規約を理解、承諾の上入会を希望します。

(ふりがな)		会員番号	
氏名		性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	血液型	型
現住所	〒 _____		
	携帯 (_____) _____ 電話 (_____) _____		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
勤務先	会社名	住所	〒 _____
志望理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> ダイエット <input type="checkbox"/> 体力増進 <input type="checkbox"/> 護身 <input type="checkbox"/> 精神鍛錬 <input type="checkbox"/> 強くなりたい <input type="checkbox"/> 試合に出たい <input type="checkbox"/> プロ志望 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
スポーツ経験			
過去に大きな怪我や重い病気をしたことがある、または通院している (はい いいえ)			
「はい」に○をした方は、詳しくご記入ください			
(_____)			
入会の動機	<input type="checkbox"/> 現地看板 <input type="checkbox"/> インターネットホームページ <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 知人紹介 <input type="checkbox"/> 家族紹介 <input type="checkbox"/> 優弥道場メンバー紹介 (会員名 _____ 様) <input type="checkbox"/> SNS (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
緊急連絡先	(ふりがな)	続柄	※緊急時以外の目的で使用することはありません
	氏名	(_____)	自宅 (_____) _____
			携帯 (_____) _____

該当のコースに○をお付け下さい。

男性一般	女性一般	中・高・大 専門学生	スペシャル KIDS	女性週1回 ()曜固定	KIDS 空手・キック週1 ()曜固定	KIDSダンス	プライベート ロッカー
15,000円	12,000円			10,000円	8,000円		2,000円

※別途消費税

18歳未満の方は、保護者の承諾が必要です。

保護者氏名 _____ 印

保護者住所 〒 _____

連絡先 自宅 (_____) _____ 携帯 (_____) _____

初期費用は現金払いのみ 支払方法 クレジット 口座振替

入会年月日 西暦	入会金	会費		保険 事務手数料	合計	税込	担当者
		当月会費	翌月会費				
年 _____ 月 _____ 日 _____	20,000円	円	円	4,000円	円	円	