

会員番号 \_\_\_\_\_ H28.04

**会費支払方法：**  
 登録管理料、1・2ヶ月分会費 ⇒ 現金・クレジット  
 3ヶ月以降会費 ⇒ 銀行引落とし

厚生労働大臣認定健康増進施設 **水光会メディカルフィットネス 入会申込書**

入会日：平成 年 月 日 申込日：平成 年 月 日

フリガナ				性別	生年月日		
氏名				男・女	大正 昭和 平成	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	〒 -						
電話番号	自宅 ( ) -			携帯			
メールアドレス	@						
未成年者の場合	保護者氏名：					電話番号	
	保護者住所：						

会員名称 (○で囲む)	一般(家族)・特保・メディカル・学生・健診法人・一般法人							
コース区分 (○で囲む)	フリータイム・デイトタイム・アフター5・イブニング・法人カード							
職業	会社員・主婦・自営・学生・無職・その他 ( )							
勤務先 (または在学先)	会社名 (学校名)							
	所在地	〒 -				電話番号		
入会の目的	① 健康増進    ② 体力向上    ③ 筋力アップ    ④ 減量 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 ( )							
当施設を何で 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 施設担当者の営業 ⑤ ご家族    ⑥ 知人・友人(口コミ)    ⑦ その他 ( )							

※一般家族会員ご希望の方は、別紙申込書にも記載をお願い致します。

私は、水光会メディカルフィットネス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(氏名、生年月日、住所、職業、健康状態など)の提供に同意の上、入会を申込みます。

平成 年 月 日 氏名 ㊟

『スポーツ安全保険』に加入されますか? 「 1. はい ・ 2. 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)

事務長		担当者		受付者	
-----	--	-----	--	-----	--

