

会員番号: _____

Sports & Healthcare Laboratory 入会申込書

お申込日	年 月 日			
氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	年齢
		1. 男性 2. 女性	1. 昭和 2. 平成 年 月 日	歳
住所	〒			
連絡先	自宅電話		携帯電話	
	メールアドレス			職業
会員種別	1. メディカルA /メディカルB 2. レギュラー(一般・学生) 3. 教室 4. アスリハ 5. メディカルダイエット(SP4・SD2・SD4・PM2・PM4) 6. パーソナル 7. 低酸素			
緊急連絡先		お名前:		続柄:
スポーツ		ポジション		競技歴
学校名	中学校・高等学校・大学			学年

※お申し込み者が未成年の場合は、保護者の方の同意が必要です。

保護者氏名		印	連絡先	
住所				続柄

同意書

Sports&Healthcare Laboratory の「入会規則」(別紙)の内容を十分に理解、承認した上で入会すると共に、規約等を遵守し、マナーを守って利用することに同意致します。

年 月 日

ご署名

印



・ご記入していただいた個人情報は、適切に管理、保護し、目的以外の利用、第三者への情報提供は行いません。