

住所	〒 _____ 県 _____ 市・郡 _____				写真	
氏名	フリガナ _____					
生年月日	年 月 日	年 月 日	年齢	歳	血液型	型
TEL	自宅			携帯		
職業	主婦・学生・会社員・OL・自営・その他()					
緊急連絡先	トレーニング・レッスン中の事故による家族・知人・会社等の緊急連絡先を記入して下さい。					
	名前	(家族・知人・会社)		電話番号		
保護責任者	_____ (印)			← 申込者との関係	_____	

【未成年の方は保護者の同意が必要です】

○ 当スタジオをどのようにして知りましたか？

1. 知人紹介(名前) OJAS金券
領収サイン 受取・拒否)
2. インターネット (HP・フェイスブック・インスタグラム・タイムライン)
3. 通りがかり 4. 地方紙() 5. 再入会 6. その他()

○ どちらのコースを希望しますか？

1. スペシャル会員 2. Free会員 3. Day会員 4. Night会員 5. Month4会員 6. Week1会員 7. DayWeek1会員 8. 32会

○ 過去に大きな病気や事故をした方、今病院に通っている方、持病などの薬を飲んでいる方は記入して下さい。

病名 ()

誓約書

- 現在 医師およびカウンセラー等から運動を禁止されている事実はありません。
- 自らの健康状態を確認しスタジオ利用に支障のない状態です。健康状態の変化が生じた時は直ちに担当者に報告します。
- 施設利用については、STUDIO OJAS会則・細則を遵守いたします。
- 約束事項に違反した場合は、資格喪失・退会等いかなる処分も辞さない事を約束します。
- 月のキャンペーン入会に同意します。(月まで種別変更不可, 継続※如何なる場合も会費が発生します)

20 年 月 日 署名

(保護者) 署名

未成年の方は保護者の署名が必要です。