

京都中・右京健康友の会 入会申込書 2017.9.6

NO. _____

* 太線枠内のみご入力下さい

紹介者 _____

		年 月 日	
入会金 5 0 0 円			
ふりがな			
氏 名			
生年月日			
明・大・昭・平		年	月 日生 男・女
すでに入会されている 家族会員氏名		()	()
(〒)			
住所			
電話 ()		学区 ()	
メール			
職業 ()			
入会の動機 (複数回答可)			
① 健診を受けたい (はい いいえ)			
② 紹介されました (紹介者)			
③ サークルに入りたい (希望のサークル)			
④ 「いつでも元気」誌 (見本誌希望 講読する)			
⑤ その他			
*総合基金の資料希望 (希望する)			