

# 総合格闘技・柔術 クロウフォレスト 入会申込書

写真

会員区分

会員

太枠の中のみご記入ください

フリガナ		生年月日	性別
氏名		年月日	男・女
ご住所	(〒 - ) 都道府県		
自宅電話	( ) -	携帯電話	( ) -
緊急連絡先	( ) -	ご職業	会社員 公務員 自営業 主婦 学生 その他
Eメール	@		
お勤め先 (学校名)	名称		
	所在地	電話	( ) -

当施設をどこで知りましたか？

1. ホームページを見て 2. テレビ・雑誌を見て 3. スタッフからの紹介 ( ) 4. 家の近くだから  
5. 職場が近いから 6. 会員(知人)からの紹介 ( 様 ) 7. その他 ( )

メディカル  
チェック

当施設に入会するにあたり申告すべき既往症がある場合は ご記入ください

- ・ 高血圧 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 心臓弁膜症 ・ 高脂血症
- ・ 糖尿病 ・ 医師に運動をとめられた事がある ・ その他 ( )

## 同意書

私はクロウフォレスト入会会則を受け取り、重要事項及び個人情報の取り扱いについて説明を受けました。  
会則を承認の上、ここに入会を申し込みます。  
貴クラブへの入会に際し、私の責任において健康を管理し、良好な状態で施設を利用すること誓約します。

申込代表者  
自書

( 年 月 日 )



保護者  
自書

( 年 月 日 )



※申込者が未成年の場合 親権者連名で誓約願います

(クラブ記入欄)

入会受付日	年 月 日	入会金	円	確認	COM	受付者
		月会費 月分	円			
(備考)		月会費 月分	円			
			円			
			円			
			円			
			合計	円		