

入会受付日	年 月 日	会員番号	No. _____
利用開始日	年 月 日	会員種別	学習塾・英会話・体育塾・習字・その他

太枠の中をご記入下さい。

フリガナ				性別	生年月日		年齢
ご氏名 (ご本人)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		歳
ご住所	〒 _____ 市・郡 _____			※マンション・アパート・団地名・号・室番号までご明記下さい 号室 _____			
電話	自宅 _____ - _____		携帯 _____ - _____				
メールアドレス	_____ @ _____					血液型	型 _____
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 保護者携帯 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 様・電話 _____)						
郵送物の発送	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※その他宛郵送希望の場合(〒 _____ 様)						
学校名	_____ 学校	_____ 学年	_____ 年生				

重要確認事項

私は、貴塾に入会するにあたり上記の事柄について相違ありません。
又、諸規定並びに確認事項の説明を受けた上で入会の申込みをいたします。(本人自著)
※利用者が未成年(高校生以下)の方は、保護者連名の上お申込みください。(保護者自著)

本人自著 _____	保護者自著 _____ (印)
保護者住所 (同居の場合不要) _____	

簡単なアンケートですのでお気軽にお答え下さい(複数チェック可)

入会理由	<input type="checkbox"/> (_____)を見て <input type="checkbox"/> 当塾の評判 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 紹介 (_____ 様) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
入会目的	
趣味	<input type="checkbox"/> スポーツ (_____) <input type="checkbox"/> スポーツ観戦 <input type="checkbox"/> ドライブ <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 美術鑑賞 <input type="checkbox"/> 音楽鑑賞 <input type="checkbox"/> ショッピング <input type="checkbox"/> その他 (_____)
サークル活動 (部活動)	<input type="checkbox"/> している (_____ 部) <input type="checkbox"/> していない
交通機関	<input type="checkbox"/> 自家用車(送迎含む) <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

ありがとうございました。今後とも宜しくお願いいたします

コアトップアカデミー 記入欄

・入会受付日 年 月 日

・入会金 月入会 () 円

・チケット単価 円

・初回チケット購入代金 冊 円

・登録料・手数料 円

合計 円

受付	担当者	確認者
紹介者 _____ 学校 _____ 年生 _____ 様		
紹介者 _____ 学校 _____ 年生 _____ 様		

必要事項チェック

申込書 署名(印鑑)

本人確認 運転免許所
 学生証
 保険証
 パスポート
 その他 (_____)

入会受付日	年 月 日	会員番号	No. _____
利用開始日	年 月 日	会員種別	一般・団体・その他()会員

太枠の中をご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
ご氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日	歳
ご住所	〒 _____ 市・郡 _____ 号室 <small>※マンション・アパート・団地名・号・室番号までご明記下さい</small>			
電話	自宅 _____	携帯	_____	
メールアドレス	_____@_____	血液型	_____型	
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他(_____ 様) 電話 _____			
郵送物の発送	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※その他宛郵送希望の場合(〒 _____ 様)			
勤務先(学校名)		電話	_____	
勤務先(学校名)住所		職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()	

簡単なアンケートですのでお気軽にお答え下さい。

入会理由	<input type="checkbox"/> 健康増進 <input type="checkbox"/> 体力の維持 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> ストレス解消 <input type="checkbox"/> シェイプアップ <input type="checkbox"/> 余暇の利用 <input type="checkbox"/> その他()
趣味	<input type="checkbox"/> スポーツ() <input type="checkbox"/> スポーツ観戦 <input type="checkbox"/> ドライブ <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 美術鑑賞 <input type="checkbox"/> 音楽鑑賞 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> ショッピング <input type="checkbox"/> その他()
交通機関	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()

健康調査書

ご入会に際し、現在及び過去の健康状態について以下の質問に正確にお答え下さい。
 該当する項目を選択しご記入ください。

健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良(状態: _____)
通院歴(直近3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(傷病名 _____) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治(傷病名 _____) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 有(傷病名 _____) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治(傷病名 _____) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治
既往歴(過去にかかった病歴含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節炎(_____) <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 腰痛(<input type="checkbox"/> 単純性腰痛 <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 腰椎分離症 <input type="checkbox"/> すべり症) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (病名: _____) (病名: _____) <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 (病名: _____) (病名: _____) <input type="checkbox"/> 脳疾患 (病名: _____) (病名: _____) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (病名: _____) (病名: _____) <input type="checkbox"/> その他の疾患 (病名: _____) (病名: _____)

私は、貴クラブに入会するにあたり上記の事柄について相違ありません。
 会則並びに確認事項の説明を受けた上で、入会の申込みをいたします(本人自著)。

本人自著

印

※利用者が未成年者(高校生以下)の場合は保護者連名の上お申込みください。

保護者住所(同居の場合不要)

保護者自著

印

クラブ記入欄

入会受付日	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 座振替完了日	年 月 日	円
入会金	月入会()	円	自動振替日	年 月 日	円
月会費	月分()	円	(休日の場合は翌営業日)		
登録料・手数料	月分()	円	受付	担当者	確認者
合計		円			

必要事項チェック

申込書	<input type="checkbox"/> 署名(印鑑)
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> その他()