

メディカルフィットネス M's ご入会手続きのご案内

この度はメディカルフィットネス M's へのご入会予約を頂きまして、誠にありがとうございます。
ご入会手続きに関して、以下の内容をご確認くださいようお願い申し上げます。

1. ご入会手続き日時

●ご入会手続き 20 年 月 日 () 時 分

健診結果をお持ちでない方は当日メディカルチェックがございます。予約時間の12時間前より絶
飲絶食になります（少量の水は飲んでいただいても構いません）。

※検査内容／血液検査（血液一般、肝機能、脂質、糖代謝）、安静時心電図、血圧、身長、体重

※心電図検査がございますので、着脱しやすい服装でお越しください。

※当日の朝は薬を飲まないでください。

2. ご入会手続きに必要なもの

☐ 健診結果用紙（お持ちの方のみ）

☐ 入会申込書（※裏面に記入例がございますのでご参照ください）

☐ 問診表

☐ 本人確認書類（運転免許証/保険証/マイナンバーカード/学生証/パスポート/外国人登録証明書）

☐ 顔写真

☐ お薬手帳（お持ちの方は持参して下さい）

☐ お支払い合計 円

【内訳】☐ 入会金 11,000 円

☐ 月会費 円

(6,600 ・ 12,100) 円 × (0 ・ 0.5 ・ 1) ヶ月分 (月)

クレジットカード※、電子マネー、QR 決済でのお支払いも可能です。

※一括払いのみ

3. ご入会当日までにご登録いただくこと

☐ 会員登録および会費支払い登録（別紙参照）

4. ご利用開始日

●利用開始日 20 年 月 日 () :

日時の変更、ご質問等ございましたら以下までお問い合わせください。

■お問い合わせ先

メディカルフィットネス M's

TEL 06-6841-5720

入会申込書（記入例）

年 月 日
受付／

会員番号	利用開始日	会員種別
	年 月 日	1. フレックス 2. レギュラー

フリガナ	ミナミタニ タロウ	生年月日	性別
氏 名	南谷 太郎	(西暦) 1970 年 1 月 1 日	☒ 男 ・ 女
住所	〒561-0884 豊中市岡町北1-2-4		
電話番号	06-6841-5720		
e-mail	abc123@defghig456.com		
緊急 連絡先	氏名	南谷 花子	続柄 妻
	電話番号	090-1234-5678	

○契約者が18歳未満の場合は以下にご記入下さい。

フリガナ			
保護者名		続柄	
住所	〒		
電話番号			

誓 約 書

- 私は下記の項目につき承諾致します。
 - ①会則、細則を厳守すること。
 - ②本人の責任において健康を自己管理し、施設を利用すること。
- 私は上記①の説明を受け、趣旨を理解した上、入会を申し込みます。

本人氏名 南谷 太郎 保護者氏名

※本人が18歳未満の場合、保護者連名で誓約願います。

※記載された個人情報は、クラブ運営、会員サービスの提供などのご案内のために利用致します。
ご本人様の同意なしに、第三者に提供することはありません。