

鹿児島健康友の会

入会申込書

会員番号 _____

年会費1,000円を添えて鹿児島健康友の会へ入会を希望します。
入金した会費は理由のいかんを問わず返金致しかねますので、悪しからずご了承下さい。
記入された内容に関しては、鹿児島健康友の会の目的以外には利用いたしません。

新規・更新

申し込み日 令和 年 月 日

フリガナ		印	生年月日	M T S H	年	月	日	歳
お名前								
ご住所	〒(-) TEL() -							
備考								

ご家族構成

フリガナ お名前	ご職業	年齢	備考
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	

紹介者お名前		職員受付氏名	
--------	--	--------	--

鹿児島健康友の会 事務局

〒891-0122 鹿児島市南栄5丁目10-51

TEL:099-268-1110

FAX:099-814-7391