

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。

(一度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ますようお願い申し上げます。)

新規・更新

申し込み日 平成 年 月 日

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

紹介者お名前	職員受付氏名
--------	--------

鹿児島健康友の会 事務局

住所 890-0056 鹿児島市下荒田3-8-1

TELL 099-250-8563