

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 会員NO. _____

マタニティーコース会員申込み

フリガナ		生年月日	血液型
氏名 (本人)	印	西暦 年 月 (日) 歳	
フリガナ			
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先	
ご父兄・ご主人又は 保護者のお名前を ご記入下さい。	印	住所	〒
		連絡先	
出産予定日		現在通院中の医療機関名	
西暦 年 月 日		TEL	
マタニティーコースに参加することについて医師の了承を			
得ている ・ 得ていない			

同意書

<同意事項>

一、自信の健康管理について責任を負います。

- ① 体調のすぐれない時はレッスンには参加致しません。
- ② レッスン参加の際少しでも体調の変化に気づいた場合即時申し出をし、レッスンを中止します。
- ③ 感染症には十分注意します。
- ④ スタジオ内段差などでの転倒には十分注意します。
- ⑤ スタジオ側はレッスン中の事故、怪我、盗難に関しての責任は一切負いかねます。
- ⑥ 購入されたチケットは理由はともあれ払い戻しできません。

フィットネススタジオMKD殿

年 月 日

私は上記事項に同意いたします。

本人の署名

印

〒 _____

住所