

WAKUWA 入会申込書

健康しあわせステーション

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 入会申込日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

| ご本人様情報 | | | |
|---------|--------------|------|-------|
| お名前 | フリガナ | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | | |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 | 年 | 月 日 |
| ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |
| メールアドレス | | | |

| 緊急連絡先 | | | |
|-------|------|------|--|
| お名前 | フリガナ | 続柄 | |
| | | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |

| | | | | |
|-------------|--|---|--|--|
| 希望するサービスプラン | <input type="checkbox"/> WAKUWA プチプラン (月/1,400円税込) | <input type="checkbox"/> WAKUWA ライトプラン (月/3,300円税込) | <input type="checkbox"/> WAKUWA スタンダードプラン (月/5,500円税込) | <input type="checkbox"/> WAKUWA プレミアムプラン (月/11,000円税込) |
|-------------|--|---|--|--|

| | |
|-----------|---|
| 月会費のお支払方法 | <input type="checkbox"/> 現金払い <input type="checkbox"/> 口座振替 |
|-----------|---|

| | |
|-------|---|
| ご本人確認 | <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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他() |
|-------|---|

| | |
|--------------|--|
| 個人情報取り扱いについて | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |
| | ご記入いただいた個人情報は、サービス提供や資料・ご案内の送付などを目的に利用させていただきます。ご本人の同意なく第三者に提供・開示することはありません。 |

| | |
|-----|-----------------------|
| ご署名 | 年 月 日 氏名 _____ (印) |
|-----|-----------------------|