

| | | | | | |
|--------|--|-----|---|---|---|
| 受付 No. | | 受付日 | 年 | 月 | 日 |
|--------|--|-----|---|---|---|

※本人確認書類のコピーを必ず同封してください。(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の顔写真付きのもの)

◆入会金：5,500 円 (税込) ◆年会費：13,200 円 (税込) ※年会費の12分の1に、入会承認のあった月の翌月以降の当該事業年度の残存月数を乗じた金額

| 申 込 者 | | | |
|------------------------|--|-----|-----|
| 氏 名 | (フリガナ) | 押 印 | 印 |
| | | | |
| 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 生 |
| 住 所 | (フリガナ) | | |
| | 〒 | - | |
| 電 話 番 号 | () | | |
| 携 帯 電 話 番 号 | () | | |
| E-mail アドレス | @ | | |
| 会 社 名 ・ 屋 号 勤 務 先 名 | (フリガナ) | | |
| | | | |
| 業 種 | | 職 種 | |
| 既存会員紹介者 | 紹介者名： ※紹介者への確認を行います ので、正確にご記入ください | | |
| あなたの興味 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> ビジネス <input type="checkbox"/> キャリアアップ <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 美容・健康 <input type="checkbox"/> 食 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> お金のこと <input type="checkbox"/> 暮らし <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 確 認 事 項 | <input type="checkbox"/> 会員規則及びプライバシーポリシーを確認し、承諾しました。 | | |

※弊社使用欄

| | |
|-------|--|
| 入金確認 | |
| 特記事項 | |
| 受付担当者 | |