



入会申込用紙

会 員 番 号			
お 申 し 込 み 日	年	月	日
入 会 月	年	月 以 上	
施 設 名			
曜 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
時 間 帯	: ~ :		

写 真

フ リ ガ ナ			性 別	血 液 型	年 齢
氏 名			男 ・ 女		歳
フ リ ガ ナ					
住 所	〒 -				
電 話 番 号	自 宅			緊 急 連 絡 先	
	携 帯				
生 年 月 日	年 月 日			学 年	
学 校 名					

誓 約 書

私は、S.K.I.P.に入会するにあたり、会員規約および施設規則を守ることを誓約します。疾患による事故等が起きた場合、一切の責任を負います。又、上記の内容に変更が生じた場合、速やかに報告致します。
以上を承諾の上、入会を申請致します。

年 月 日

保 護 者 氏 名 印

受 付	書 類	会費初回引落(月・金額)	内 訳	台帳	出席簿
	申・個・同・口	初回 /	入会金:		
			体験:有 ____月 ・ 無		
		金額 円	キャッシュバック: 円		