

# 阪堺病院S.C.A.申込書（入会 / ビジター）

※ 太枠内のご記入をお願いします

お申込日	令和 年 月 日	会員番号			
ご入会者氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	性別
			年 月 日		
ご住所	〒	フリガナ			
		都・道 府・県	市・区 郡		
電話番号	( ) -	Eメール			
競技		学年	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 大	年	
緊急連絡先					
氏名	フリガナ	続柄	父・母・その他( )		
		携帯電話	- -		
阪堺病院S.C.A.施設内でのトレーニング中に、S.C.A.スタッフが写真やビデオ撮影を行い、撮影されたものを無償でインターネット・放送・印刷・広告・各種メディアなど、あらゆる媒体で使用する事への同意					
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません					
自然災害等で、急遽営業時間に変更になった際に希望される情報配信方法					
<input type="checkbox"/> S.C.A.からのLINE配信 <input type="checkbox"/> S.C.A.からのメール配信 <input type="checkbox"/> S.C.A.からの電話					
—入会のきっかけ— ※当てはまるものに○をしてください					
診察 / リハビリ / HP / Instagram / 紹介 / 元会員 / 院内掲示 / 大浜体育館					
その他( )					

お申し込み項目に☑をお願い致します。

【入会】

【ビジター】

会員種別	月会費(税込)	
	通常料金	16日以降入会
入会金 ¥1,200	スタンダード	<input type="checkbox"/> ¥11,000- <input type="checkbox"/> ¥7,700-
	グロース(8回)	<input type="checkbox"/> ¥11,000-
	グロース(4回)	<input type="checkbox"/> ¥7,700-
入会金 無料	シェイプアップ	<input type="checkbox"/> ¥16,500- <input type="checkbox"/> ¥8,800-
	メディカル	<input type="checkbox"/> ¥11,000- <input type="checkbox"/> ¥7,700-

ご利用種別	料金(税込)	
一般	パーソナルトレーニング 1回	<input type="checkbox"/> ¥7,700-
	パーソナルトレーニング 6回	<input type="checkbox"/> ¥35,700-
	体験	<input type="checkbox"/> ¥0-
学生	パーソナルトレーニング 1回	<input type="checkbox"/> ¥3,850-
	パーソナルトレーニング チケット(6回)	<input type="checkbox"/> ¥20,790-
	体験	<input type="checkbox"/> ¥0-

※別途、消費税がかかります。

※16日以降入会の料金適用は、入会月のみとなります。翌月からのお支払いは通常料金となります。

※S.C.A.使用は下記同意書にサインが必要となります。パーソナルトレーニングをご利用の際は、別紙「パーソナルトレーニング同意書」へのサインも必要です。

## — 同意書 —

医療法人いずみ会 阪堺病院S.C.A. 宛

私は、この度S.C.A.を利用するにあたり、別紙「会則」に記載された事項に同意し、遵守いたします。  
特に私自身の健康状態については自己の責任において十分確認し、諸施設の利用に堪え得る健康状態であることをS.C.A.へ申告します。  
また、バッティング・ピッチング等、パフォーマンス指導においても怪我等が発生した場合、一切の責任は個人にあるものとします。  
今後会則事項に反することが判明した場合は、利用を禁止される場合もあることを承認します。  
私は、ここに記入した情報、その他の提出する書類は、全て真実であり、私の知る限りにおいては正確であることを誓います。

日付: 令和 年 月 日

ご氏名(自署)

親権者(自署)

※未成年者の方は親権者の同意が必要です。

事務記入欄

会員証	登録	備考欄
/	/	