

やまのナース エンツギ看守り訪問支援申込書

申込日：令和 年 月 日

やまのナース エンツギ 岡崎 麻衣 様

私はやまのナース エンツギ看守り訪問支援の目的及びサービス内容に賛同し、入会を申し込みます。併せて、契約書に記載された内容について、遵守することを誓約します。

【会員種別】

サービス種別	料金（税込）	内容
<input type="checkbox"/> 看守り訪問支援ミニ	月 3,300 円	・やまのナースからの看守り訪問支援 30 分/月
<input type="checkbox"/> 看守り訪問支援ミドル	月 6,600 円	・やまのナースからの看守り訪問支援 60 分/月
<input type="checkbox"/> 看守り訪問支援ラージ	月 9,900 円	・やまのナースからの看守り訪問支援 90 分/月
<input type="checkbox"/> 看守り訪問支援フル	月 13,200 円	・やまのナースからの看守り訪問支援 120 分/月

※種別のいずれかに を付けてください

【期間】

<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 12ヶ月	<input type="checkbox"/> その他 () ヶ月
------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

【申込者情報】

ふりがな		生年月日
お名前		年 月 日
ご住所	〒	
TEL 番号		FAX 番号
E-mail	※書類等を添付することがありますので、 <u>携帯メール以外</u> でお願いします	
特記事項	※病気や気になることなどをご記入ください	

※「個人情報保護法」に基づき、本人の承諾を得ないで個人情報を第三者に提供することは致しません。

【当社確認欄】

代表取締役	総務	担当者

ギャップ・フィリング株式会社