

やまのナース エンツギ安心会員申込書

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 エンツギ安心会員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】※種別のいずれかに ✓ を付けてください

サービス種別	料金 (税込)	内容
<input type="checkbox"/> 安心会員ノーマル	月 500 円	・やまのナースからの電話 月 1 回 ・電話相談の受付 月 2 回
<input type="checkbox"/> 安心会員ゴールド	月 1,000 円	・やまのナースからの電話 月 1 回 ・電話相談の受付 月 4 回
<input type="checkbox"/> 安心会員プラチナ	月 3,000 円	・やまのナースからの電話 月 1 回 ・電話相談の受付 無制限

【期間】※期間のいずれかに ✓ を付けてください

<input type="checkbox"/> 1 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 ※同居のご家族のことも相談したい場合は、家族構成や簡単な状態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。
※申込書を事務局で確認した後、メール等にて振込先を送ります。

周南市鹿野・大向地区在住の方は、ご記入後、お電話をいただければ取りに伺います

【当社確認欄】

代表取締役	入金確認	受付

ギャップ・フィリング株式会社