

入会申込書

令和 年 月 日

※体験入会の方はグレーの項目のみご記入下さい

| | |
|------------------|--|
| フリガナ | |
| 氏名 | ニックネーム： |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 国籍 | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国（国： ） |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 |
| 住所 | |
| 電話 | 携帯： 電話： |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> 学生・園児 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 勤務先名 /学校名 | |
| ボクシング暦 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（どこで： 期間： 年） |
| スポーツ暦 | |
| サイズ | 身長： cm 体重： kg 視力：右 左 |
| 利き手 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 |
| 既往症 | |
| 喫煙 | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日： 本） |
| 目的 ※複数可 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> ダイエット <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 強くなりたい <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 知ったきっかけ | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> ジムを見かけた <input type="checkbox"/> 紹介（名前： ） |
| 情報取得方法 | <input type="checkbox"/> コワクナイボクシング公式LINE@ <input type="checkbox"/> メール |
| アドレス ※メールの方のみ | @ ※リンクメール希望の方のみ |
| 趣味 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 関係 |
| | 携帯： 電話： |

 利用規約に同意します。