

# Medici Doctors Club 入会申込書

申込日 (西暦) 200 年 月 日

メディチ・ドクターズ倶楽部 事務局 御中

私は「メディチ・ドクターズ倶楽部」会員規約を承諾の上、下記の通り入会申込みをします。

太線枠内をすべてご記入後、メディチ・ドクターズクラブ事務局宛に FAX[ 052-950-3053 ]にてお申込みください。

|               |  |            |                        |
|---------------|--|------------|------------------------|
| 会員名称          | メディチ・ドクターズクラブ Medici Doctors Club                      |            |                        |
| お名前<br>(ご法人名) | フリガナ   | 性別         | 生年月日                   |
|               | <div style="text-align: center;">印</div>               | 1.男<br>2.女 | (西暦)<br>年 月 日<br>(満 歳) |
| ご住所           | フリガナ<br>〒 -  |            |                        |
| ご連絡先          | Tel ( ) 携帯 ( )<br>Email                                |            |                        |
| 法人・団体<br>記入欄  | ご本人の場合は省略願います。<br>ご担当者名<br>所属部署・役職名<br>ご連絡先(Tel・Email) |            |                        |

|              |  |
|--------------|--|
| 初年度会費        | 1. 入会費 30,000 円 (設立記念特別価格)<br>2. 年会費 30,000 円  |
| お支払<br>振込口座名 | みずほ銀行 横浜駅前支店 普通口座 2222013<br>メディチ・ワールド・アソシエーション株式会社  |
| 備考欄          | ・入会金、年会費には消費税が含まれています。<br>・ご請求書が必要な場合、下記宛までご連絡願います。 領収証はご入金後発行いたします。   |
| お問合せ先        | メディチ・ドクターズクラブ 事務局<br>〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目23-6 丸の内セントラルハイツ803<br>TEL: (052)950-3052 FAX: (052)950-3053 Email: club_doctors@medici.ne.jp |

こちらは弊社記入用です

顧客 No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|