

No. _____

入会日 平成 年 月 日

ASBボクシングクラブ 横浜店・入会申込書

希望コース (○を付けてください)	一般コース ・ モーニングコース ・ キッズコース ・ 週一コース		写 真
ふりがな		性別	
氏 名		男 女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (才)		
勤務先 (学校名)		血液型	型
現住所	〒 TEL () - E-mail:		
上記以外の 連絡先 (ある場合)	〒 TEL () -		
特 技			
好きな食べ物			
ASBを 選んだ理由 (複数可)	体力UP ダイエット ストレス発散 楽しそうだから 家が近いから トレーナーが魅力的(?) その他()		
ASBを何で 知りましたか?	知人の紹介 チラシ ホームページ その他()		
コメントなど ご自由に お書きください!!			
該当する欄にチェックしてください			
Q現在、過去に大きな病気を患いましたか? Q現在、持病をお持ちですか? Q現在、過去に大きな怪我を経験しましたか?			
<input type="checkbox"/> はい(現在・過去) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(現在・過去) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(現在・過去) <input type="checkbox"/> いいえ			
はいと答えた方は病名をご記入ください はいと答えた方は病名をご記入ください はいと答えた方は病名をご記入ください			
病名 病名 負傷箇所			
・ 規約(別紙)を承諾の上、入会いたします。			
平成 年 月 日 氏名 印			
・ 保護者氏名(18歳未満の方は保護者の方の同意が必要です)			
平成 年 月 日 氏名 印			
・ ダイエットグランプリ参加を希望しますか?(ビフォーアフター撮影にご協力いただくことが条件です) 希望する 希望しない			
・ ブログ・Facebook等に写真が載ることがありますがご協力お願いできますか? はい いいえ			
月 日現在の体重 kg / 目標体重 kg / 月 日結果体重 kg			