

[会員申込書]

年 月 日

| | | | |
|-----------|----------------------------|----------------------------|----------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日 [歳] |
| 身長・体重・血液型 | CM | KG | 型 |
| 住所 | 〒 - | | |
| TEL | () | - | |
| FAX | () | - | |
| 携帯番号 | () | - | |
| E-mail | | | |
| 緊急 連絡先 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | TEL | () | - |

続柄

= 質問事項 =

●タバコは吸われますか？ はい いいえ

●現在持病がありますか？ はい いいえ

※上記質問で「はい」と答えた方にお聞きます。

- どんな持病ですか？

- 現在どちらの病院に通院されていますか？

- どのようなお薬を処方されていますか？

●普段、どのような運動をされますか？

●Nature Sceneではどんなプログラムに参加してみたいですか？

●Nature Sceneに対するご希望、ご要望など。