**連携コワーキングスペースみどりまち文庫　入会申込書**

株式会社瀬尾医療連携事務所　様

　私は、御社の提供する利用規約に同意し、連携コワーキングスペースみどりまち文庫の入会を申し込みます。

※太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年　　月　　日 | | 受付日 | 年　　　月　　　日 |
| ふりがな  氏名 | ビジネス会員の場合は担当者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　・　女 | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　　日生 | | | |
| 所属組織名 | 職種： | | | |
| ご連絡先 | 住所  □職場　□自宅 | 〒　　　　　－ | | |
| 電話番号 | （携帯可） | | |
| E-mail | ※会員限定ﾒｰﾘﾝｸﾞﾘｽﾄへ登録　　□する　　□しない。 | | |
| Facebook: | □あり　（会員限定FBページに登録いたします）  □なし | | |
| 会員区分 | □一般会員　　□プレミアム会員　　□ビジネス会員 | | | |
| 支払方法 | □年一括払い　□月払い | | | |
| みどりまち文庫を利用し、どのような事を期待していますか | |  | | |
| 現在どのようなお仕事をしていますか | |  | | |

※運転免許証、保険証、パスポート等、身分の証明ができるものをお持ち頂き、ご提示ください。

事務局使用

□本人確認：　 運転免許証　・　保険証　・　パスポート　・　他（　　　　　　　　　　　　　）

□会員番号： No 　　□ご入金日： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当 | 請求 | 入金 | 資料 | ML | FB | DB |
|  |  |  |  |  |  |  |