

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 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 -	
	電話番号	(携帯可)	
	E-mail	※会員限定メルマガリストへ登録 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない。	
	Facebook:	<input type="checkbox"/> あり (会員限定 FB ページに登録いたします) <input type="checkbox"/> なし	
会員区分	<input type="checkbox"/> 一般会員 <input type="checkbox"/> プレミアム会員 <input type="checkbox"/> ビジネス会員		
支払方法	<input type="checkbox"/> 年一括払い <input type="checkbox"/> 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