CLUB MEDICI　入会申込書

お申込日　(西暦)　200　　年　　月　　日

メディチ・ワールド・アソシエーション株式会社　御中

「CLUB MEDICI」会員規約を承諾の上、下記の通り入会の申込みをします。

■ 太線枠内をすべてご記入後、CLUB MEDICI 事務局宛　FAX【 045-317-3183 】にてお申込みください。

会員種別 (○印にて選択)	1.個人会員　2.法人会員　3.団体会員　4.その他 (　　)		
お名前 (ご法人名)	ﾌﾘｶﾞﾅ 印	性 別 1.男 2.女	生年月日 (西暦) 年　月　日 (満　歳)
ご住所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　ー		
ご連絡先	Tel　(　)　携帯　(　) Email		
法人・団体 記入欄	※ご本人の場合は省略願います。 ご担当者名 所属部署・役職名 ご連絡先 (Tel・Email)		

初年度会費	1. 個人会員　10,000 円 (入会金　5,000 円 ＋ 年会費　5,000 円) 2. 法人会員　50,000 円 (入会金 30,000 円 ＋ 年会費 20,000 円) 3. 団体会員　30,000 円 (入会金 20,000 円 ＋ 年会費 10,000 円)
お支払 振込口座名	ゆうちょ銀行　店名 二一八　店番218　普通預金　7655590 口座名義 ： メディチ・ワールド・アソシエーション株式会社 ※ゆうちょ銀行からの場合　記号：12190　普通預金　76555901
備考欄	・入会金、年会費には消費税が含まれています。 ・ご請求書 (領収証) がご必要の場合、下記メールアドレスよりお問合せください。
お問合せ先	メディチ・ワールド・アソシエーション株式会社　CLUB MEDICI 事務局 〒220-0072　横浜市西区浅間町 5-386-6 LE-REBELLE 602 TEL: (045) 314-2111　FAX: (045) 317-3183　Email: info@medici.ne.jp

こちらは弊社記入用です

顧客 No.						