

つくばトータルヘルスプラザ  
メディカルフィットネスセンター フェニックス

# 入会申込書

受付日： 年 月 日

受付担当： \_\_\_\_\_

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年齢
氏名		大正 昭和 平成	年 月 日
住所 〒 —	電話番号(携帯) — —		
メールアドレス	フェニックスからのダイレクトメール 要・不要 @		
勤務先	保護者氏名(入会者が未成年の場合のみ保護者が記入)		
緊急連絡先(日中に連絡がとれる方)			
電話番号(携帯) — —	相手方のお名前 (続柄 )		

## 当施設を知ったきっかけ

- 通りがかり     家族・知人の紹介     ホームページ (フェニックス・いばナビ・その他)
- SNS (                    )     人間ドック             健康診断             出張指導             産業医
- 医師からの紹介    (  当法人 主治医 \_\_\_\_\_     他医療機関 \_\_\_\_\_ )
- リハビリからの紹介 (  当法人 担当リハ \_\_\_\_\_     他医療機関 \_\_\_\_\_ )
- ポスティングチラシ     雑誌 (                    )     その他 (                    )

----- 以下は、スタッフが記入します。 -----

会員番号：                    通常・シニア割・学生割・職員(職種 )