

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 _____

担当 _____

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年齢
氏名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日
住所 〒 _____	電話番号 _____		
メールアドレス _____ @ _____			
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 _____)		

----- 以下は、スタッフが記入します。 -----

会員番号	法人番号
会員種別	個人・ナイト・シニア・学生・家族・法人・職員・ヘルスケア
入会のきっかけ	
ハガキ送付・ダイレクトメール	可 ・ 否
現病歴	
既往歴	
かかりつけ医	医師 (_____ 病院・クリニック・診療所)
筑波総合クリニック受診歴	無・有 (ID _____) (_____ 医師) (_____ 科)
筑波記念病院入院歴	無・有 (ID _____) (_____ 医師) (_____ 科)
人間ドック	無・有 (病院名: _____) 最終受診日 (_____)
健康診断	無・有 (病院名: _____) 最終受診日 (_____)
運動療法処方せん	無・有 (_____ 病院・クリニック _____ 科 _____ 医師) 日付 (_____)