

ラプレ法人会員 入会申込書

「ラプレ法人会員規約」に、ご同意の上、下記内容をお申し込みください。
内容をご確認の上、太枠内をボールペンで強くハッキリとご記入ください。

申込日	2	0			年			月			日
-----	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

ご契約者情報をご記入ください。

ご契約者情報	契約社名	フリガナ	お 申 込 印	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"> <div style="text-align: center; padding-top: 10px;">代表印</div> </div>
	代表者名	フリガナ		
	申込担当者名 <small>部署名・担当者名も ご記入ください。</small>	フリガナ		
		フリガナ		
		(部署名) (役職名)		
		担当者 Eメールアドレス @		
	住所等	フリガナ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 都道 府県	
		フリガナ		
		電話番号	FAX番号	
		Eメール アドレス		
ホームページ アドレス				

法人会員の種類にチェックを入れて下さい。

会 員 種 別	一般法人会員	【対象者】法人会員の社員・役員本人様
	特別法人会員	【対象者】法人会員の社員・役員本人様と社員・役員様と生計を共にするご家族様
	提携会員	【対象者】提携会員からの紹介者様

必要事項を全てご記入の上、下記の住所へご郵送下さい

郵送先

〒450-0002 名古屋市中村区名駅3-23-3 名駅ミズタニビル3F
メンタルエステ・ラプレ