SHISEIBOX 入会申し込み用紙

お名前：	フリガナ：
生年月日　　年　　月　　日生	性別　男　・　女　・　無回答
ご住所　〒　　-	連絡先 -　　-
メールアドレス @	
ご登録いただいた歯科医院名	

注意

同意頂きましたら、□にチェックをお願い致します。

□SHISEIBOX は、電子決済となります。
**　メールアドレスに請求書が後ほど届きます。アドレスはそちらでの使用目的とします。**
□SHISEIBOX は、あくまでもトレーニングであり、治療目的ではありません。
□SHISEIBOX は、短期で効果の出るものではなく、習慣を獲得していくものです。

□上記、全て同意の上、入会します

保護者氏名　　印