



パラエストラ大阪入会申込書

希望コース：一般・2 DAYS・高校生・女性・中学生・小学生

入会日： 年 月 日 () 会員番号

フリガナ

氏名：

NAME :

住所：〒

ADDRESS :

電話番号：

TEL :

緊急連絡先(実家)：

PARENTS :

メールアドレス：

@

国籍：

NATIONALITY :

性別： 男・女

SEX : MALE FEMALE

生年月日： 1 9

DATE OF BIRTH

年

月

日 (満

歳)

身長：

HIGHT :

c m

/通常体重：

WEIGHT :

kg

/血液型：

BLOOD TYPE :

職業

OCCPATION :

/ 勤務先：

OFFICE :

(電話：

TEL :

)

学校名：

SCHOOL :

/ 学年：

SCHOOL YEAR :

年生 (

年卒業予定)

過去の病気、怪我、アレルギーなど：

SICKNESS, INJURY, ALLERGY :

武道&格闘技歴および段位、修行年数：

MARTIAL-ARTS EXPERIENCE :

主な戦歴(できるだけ詳細に)

FIGHTING RECORD :

備考

CHECK : 入会金・月謝前納分・印鑑・口座手続き・写真・スポーツ保険・会員証発行・身分証明書コピー