

## メータオ・クリニック訪問申込書

ふりがな		性別	男 / 女
氏名			
ローマ字	※パスポートの記載どおりをお願いします。	生年月日	(西暦) 年 月 日生 満( )歳
電話番号		申し込み日	月 日
住所	〒		
E-mail	@		
勤務先／学校名			
勤務先／学校所在地			
旅行中の国内連絡先	〒 TEL: 携帯: 氏名: 申込者との続柄:		
賛助会員登録の有無	有 無 無の場合には申し込み前にご登録ください。		
ご訪問希望日時	H 年 月 日 時 分 日間		
ご訪問理由			
ご訪問目的			
その他 (ご要望など)			

【個人情報の保護】 本申込により得た個人の情報は、クリニックご訪問以外のことには一切使用いたしません。