

ノトアフィットネスクラブ

なお、各項目において疑問がある場合、保護者の方（ご自身）及び医師の診断確認を求
ることがありますのでご了承下さい。

会員番号		氏名		生年月日	. .	血液型	型
------	--	----	--	------	------	-----	---

a)新聞折込 b) 知人から c) 子供から d) その他 ()

保護者名 印