

中銀ケアホテル特別会員コース登録申込書

申込書番号

年 月 日

私は、中銀ケアホテル特別会員コースの規約を承諾し、登録の申込みをいたします。また、登録に要する登録料及び保証金は、以下の支払方法にて支払います。

|                     |           |                  |
|---------------------|-----------|------------------|
| 申込人<br>(ライフケアメンバー)  | 住 所       | 電 話              |
|                     | ライフケア名    | ル-ムNo.           |
|                     | 氏 名       | Ⓔ T・S 年 月 日生     |
| 申込人<br>(ライフケアメンバー)  | 住 所       | 電 話              |
|                     | ライフケア名    | ル-ムNo.           |
|                     | 氏 名       | Ⓔ T・S 年 月 日生     |
| 身元引受人<br>兼<br>連帯保証人 | 住 所       | 電 話              |
|                     | 氏 名       | Ⓔ 続 柄 T・S 年 月 日生 |
|                     | 勤務先または連絡先 | 電 話              |

|      |                |    |       |       |
|------|----------------|----|-------|-------|
| 支払方法 | 登録料<br>(消費税含む) | 万円 | 支払予定日 | 年 月 日 |
|      | 保証金            | 万円 | 支払予定日 | 年 月 日 |

備 考

ご記入後FAX送信をお願い致します。

FAX番号：0557-82-7673