

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 (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 (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 兼 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 (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