

ヨーゼフ会員 入会申込書

年 _____ 月 _____ 日

入会ご希望の方は、会員規定を熟読のうえ、下記事項のご回答及びご記入をお願い致します。
ご記入後、直接お渡し頂くか、又は郵送、FAX、メールにてお送りください。

郵送先: 〒263-0043 千葉県稲毛区小仲台6-19-19 ヨーゼフ、FAX: 043-207-6036、メール: info@yozeph.com

	質 問 事 項	回 答 欄	
1	会員規定の趣旨及び内容にご同意及びご承認頂けますでしょうか。 なお、KYB(Know Your Body:健康自主管理)運動とは、健康のために自身の身体を知る、という運動で、サプリメント摂取の強制ではありません。	はい	いいえ
2	プライバシーポリシーの趣旨及び内容にご同意及びご承認いただけますでしょうか。 なお、弊社業務を委託する場合は、必要最小限の個人情報の提供をさせていただきます。	はい	いいえ
3	株式会社ヨーゼフは、株式会社ケンピ・ファミリーの他ディレクター経由のKYB会員に対し、ディレクターの承認がなければ、株式会社ケンピ・ファミリー製品のサプリメントを販売することができません。ご承知されていますでしょうか。	はい	いいえ
4	当社会員サービスを利用してご購入された製品は、第三者への転売ができません。第三者への転売目的のご購入の場合には、当社会員サービスはご利用頂けず、かつ、別途販売代理店契約が必要となります。ご承知されていますでしょうか。	はい	いいえ
5	未成年者、家庭裁判所の審判を受けた成年被後見人、被保佐人、被補助人は、正会員及び準会員になれません。家族会員にはなれますが、その場合、注文は正会員の方が行うこととなります。ご承知されていますでしょうか。	はい	いいえ
6	サプリメントを摂取される場合、摂取されるのは、ご本人様でしょうか。ご家族様でしょうか。両者の場合には、両者に○をご記入下さい。	ご本人様	ご家族様
7	【任意項目】 当社を、どのようにお知りになりましたか。 1. マリヤ・クリニック 2. 低血糖症治療の会 3. 書籍 4. インターネット 5. 他の医療機関 6. その他()		
8	【任意項目】その他ご質問等あれば、ご自由にご記載下さい。		

※準会員申込の方はマリヤ・クリニックの診察券番号が無くても結構です。

正会員・準会員申込用	フリガナ				マリヤ・クリニック診察券番号		
	申込者氏名						
	住所	〒					
	生年月日	西 暦	年	月	日 (歳)	性 別	男・女
	TEL	()	-	F A X	()	-	
	携帯番号	()	-				
	メールアドレス						

※家族会員申込の方の登録ご住所、電話番号、FAX番号は、正会員と同一のものとさせていただきます。

家族会員用	フリガナ				マリヤ・クリニック診察券番号		
	氏 名						
	生年月日	西 暦	年	月	日 (歳)	性 別	男・女
	正会員との続柄			正会員との同居の有無	同居している ・ 同居していない		
家族会員用	フリガナ				マリヤ・クリニック診察券番号		
	氏 名						
	生年月日	西 暦	年	月	日 (歳)	性 別	男・女
		正会員との続柄			正会員との同居の有無	同居している ・ 同居していない	