

# 日医エスポーツアカデミー 施設会員入会申込書

令和 年 月 日 受付  
担当者

※太枠内を全てご記入ください。

フリカナ							
団体名		ID	NSA				

フリカナ		生年月日	年	月	日
代表者名	印	性別	男	・	女
代表者住所	〒 -				
電話番号	電話 ( )		携帯電話 ( )		
e-mailアドレス	e-mailアドレス				

フリカナ		生年月日	年	月	日
副代表者名	印	性別	男	・	女
副代表者住所	〒 -				
電話番号	電話 ( )		携帯電話 ( )		
e-mailアドレス	e-mailアドレス				

誓約書 貴施設の規約／細則／諸規定を遵守することを誓約します。  代表者氏名 印	入会金 令和 年 月 日 担当者
	年会費 令和 年 月 日 担当者

<ご入会されるお客様へ：個人情報のお取り扱いについて>

1. 個人情報の利用目的/日医エスポーツアカデミー（以下当施設と称します）では、お客様からいただいた住所、氏名、電話番号等の個人情報は以下の場合に限り利用し、目的外に利用することはありません。

(1)当施設が何らかの理由でお客様に連絡をとる必要が生じた場合。

(2)お客様の名簿管理、会費管理。

(3)当施設のイベントのご案内、会費に関するダイレクトメールを発送する場合。

(4)当施設のサービス、商品の改善のためのマーケット分析をおこなう場合（この場合お客様個人が特定されることはありません）

2. ご提供いただいた個人情報で確認、訂正、削除等のご希望がある場合はお申し出ください。（ご本人であることを証明するものをご提示ください。）