



RIZAP健康セミナー申込書

※は必須項目

申込日 年 月 日

▼会社情報

フリガナ			
会社名※			
フリガナ		フリガナ	
担当者名※		部署・役職等	
直通連絡先※	-	-	メールアドレス※

▼契約内容

希望コース	<input type="checkbox"/> 講義のみ：約60分 <input type="checkbox"/> 講義+トレーニング体験：約90分		<input type="checkbox"/> 講義のみ：約90分 <input type="checkbox"/> 講義+トレーニング体験：約120分	
想定参加人数	名			
希望日時	①	年 月 日 : ~ :	②	年 月 日 : ~ :
			③	年 月 日 : ~ :
書籍購入	【テキスト有の場合は選択してください】			
	無 ・ 有		<input type="checkbox"/> 自宅できるライザップ 食事編 (1200円) _____ 部 <input type="checkbox"/> 自宅できるライザップ 運動編 (1300円) _____ 部 <input type="checkbox"/> 糖質量ハンドブック (800円) _____ 部 <input type="checkbox"/> ダイエットダイアリー (800円) _____ 部	
実施場所	〒			
資料送付先	〒			
請求書送付先	〒552-0023 大阪市港区港晴2丁目14番25号 大阪港湾健康保険組合			

※セミナー開催31日前よりキャンセル料が発生します

※テキストの購入については要相談

質問事項等

会社名 _____

印

担当者名 _____

※ご担当者印でかまいません。

お問い合わせ先：	大阪港湾健康保険組合	Mail：	oosakakouwan@o-kouwankenpo.com
TEL：	06-4395-4112	URL：	http://www.o-kouwankenpo.com/
FAX：	06-4395-4115	営業時間：	平日9:00 - 17:00

受領日

年 月 日

営業担当： _____

サポート： _____