

RIZAPウェルネスプログラム 参加型セミナーコース申込書

※太枠内（オレンジの欄以外）を記入してください

		申込日		年	月	日
フリガナ	オオサカコウワンケンコウホケンクミアイ					印
会社名	大阪港湾健康保険組合					
フリガナ		フリガナ				
部署・役職等		担当者名				
所在地	〒552-0023 大阪市港区港晴2-14-25					
直通連絡先	06-4395-4112	メールアドレス	oosakakouwan@o-kouwankenpo.com			
申込コース	<input type="checkbox"/> 導入（ <input type="checkbox"/> 講義のみ <input type="checkbox"/> 講義+トレーニング） <input type="checkbox"/> 運動（ <input type="checkbox"/> トレーニングのみ <input type="checkbox"/> 講義+トレーニング） <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 美ボディ（女性） <input type="checkbox"/> セカンドライフ（50歳前後） <input type="checkbox"/> ボディリメイク（腰痛予防・改善） <input type="checkbox"/> ヘルスマネジメント（新入社員） <input type="checkbox"/> モチベーションマネジメント（管理職） <input type="checkbox"/> フォローアップ					
想定参加人数	<input type="checkbox"/> ~50名 <input type="checkbox"/> 51~100名 <input type="checkbox"/> 101~150名 <input type="checkbox"/> 151~200名 <input type="checkbox"/> 200名以上（ご相談ください）					
実施日時	①	年 月 日	②	年 月 日	③	年 月 日
	:	~	:	:	~	:
追加購入 (税別)	自宅のできるライザップ 食事編 1,200円	_____部	ライザップ 糖質量ハンドブック 800円	_____部		
	自宅のできるライザップ 運動編 1,300円	_____部	ライザップウォーター 150円	_____部		
	ライザップ ダイエットダイアリー-90Days 800円	_____部				
実施事業所	会社名：					
	部署・役職等：			(フリガナ) 担当者名：		
	直通連絡先：			メールアドレス：		
	〒 -					
実施場所	<input type="checkbox"/> 実施事業所と同じ		〒 -			
資料送付先	<input type="checkbox"/> 所在地と同じ		〒 -			
	<input type="checkbox"/> 実施事業所と同じ					
請求書送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 所在地と同じ（大阪港湾健康保険組合）					
利用契約条項	<input checked="" type="checkbox"/> RIZAP様の定める別紙「利用契約条項」について了承の上、申し込みます。					
備考	※申込書受領時よりキャンセル料が発生いたします ※テキストの購入については要相談					

合計金額(税込) _____ 円

TEL / FAX	080-9438-0592	住所	〒169-0074
Mail	yuji.sugihara@rizapgroup.com		東京都新宿区北新宿2-21-1新宿フロントタワー31F

受領日	年 月 日	営業担当：杉原 悠治
-----	-------	------------