

申し込み

ファーストネーム
(ローマ字でご記入ください)

年 月 日生まれ

ファミリーネーム
(ローマ字でご記入ください)

電話番号

住所(通りの名)

都市名

本申し込みにより、当道場の会員として登録され、当道場の稽古時間を自由に選択できるようになります。解約を希望する場合には、解約期日二ヶ月前に書面をもってご連絡ください。会員費は、自動引き落としによるお支払いにご同意ください。

月 70€

月 55€

(理由ある場合、相談の上)

於ケルン、 年 月 日

署名

当道場はどこで紹介されましたか

自動引き落としに同意する。

月会費が毎月5日から10日の間に、以下の銀行口座から自動的に引き落とされることに同意します
(この同意は、いつでも撤回できます)。

年 月分から

銀行コード番号

口座番号

銀行名

口座所有者の氏名

於ケルン、 年 月

口座所有者の署名