

会員登録申請書

株式会社再生クラブ

〒530-0001

大阪府大阪市北区梅田1丁目2番2号大阪駅前第2ビル12-12

TEL:06-6776-9660 FAX:050-3730-9703

※会員番号は空欄でご提出ください。

会員番号					申込日	西暦	年	月	日
フリガナ					生年月日	西暦	年	月	日
氏名					主要連絡先	()	-		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 法人
フリガナ					FAX	()	-		
法人名					Eメール	フリガナ		@	
登録住所	〒 - フリガナ				様方				
配送先	〒 - フリガナ (配送先が異なる場合のみ記入)				配送先電話番号:() - 様方				
紹介者	会員番号			氏名			連絡先	() -	
自動配置 <input type="checkbox"/>	左系列 <input type="checkbox"/>	右系列 <input type="checkbox"/>	指定配置 <input type="checkbox"/>	配置先名			配置依頼者に配置を依頼できます。		
				ID番号			依頼者名		
				左右指定	左	右	ID番号		

◆ボーナス振込指定口座 ※ご本人様名義の口座に限ります。(法人登録の場合は法人口座に限ります。)

どちらか一方に記入してください。(金融機関欄にはゆうちょ銀行以外をご記入ください。)									
金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 労働金庫 信用金庫 信用組合 農協				本店出張所	預金種目	口座番号(右詰めでご記入ください。)		
	0*					普通	当座		
ゆうちょ銀行	記号番号			口座名義人	フリガナ				
					※口座名義は預金通帳に記載の通りにご記入ください。				

◆ご希望の登録コースを選択し、数量、金額、お支払い方法をご記入ください。

※正会員の初回限定価格は初回のみです。

登録コースにレ点 (必要個数)	<input type="checkbox"/> 一般会員 (1 個以上)			<input type="checkbox"/> 準会員 01 番 (4 個)			<input type="checkbox"/> 正会員 (12 個)		
商品名 ※価格は税込です。	会員価格	個数	小計	会員価格	個数	小計	初回限定	個数	小計
サプリ	9,720 円			9,720 円			8,208 円		
エッセンス	9,900 円			9,900 円			8,316 円		
オールインワンジェル	9,900 円			9,900 円			8,316 円		
クレンジング 2 個セット (カウントは 1 個です)	9,900 円			9,900 円			8,316 円		
小計合計に 880 円 (出荷事務手数料) 足した金額	合計金額			合計金額			合計金額		

◆必須下記ご確認の上、署名してください。

私は株式会社再生クラブの概要書面を熟読し、紹介者からビジネスの内容、商品説明、特定負担、中途解約・返品ルール、クーリング・オフについての説明を受け、理解した上で登録いたします。

署名

初回お支払方法

クレジットカード カード情報は右下枠内にご記入ください。

お振込み 必ずご本人様名義でお振込みください。

ご利用明細書貼付欄(コピー可)

※振込手数料は、お客様負担となりますので予めご了承ください。
※ご利用明細書(コピー可)を必ず貼付ください。

振込先

ゆうちょ銀行 口座名義:株式会社再生クラブ
記号:15440 番号:27606021

(他銀行から振込の場合) 支店:五四八
口座番号:2760602

明細書をお持ちでない方は、振込情報をご記入ください。

振込日 年 月 日 振込金額 円

振込名義人

連続購入時のプレゼント設定 (レ点のない場合はサプリに設定されます。)

01ポジション サプリ エッセンス オールインワンジェル

02ポジション サプリ エッセンス オールインワンジェル

03ポジション サプリ エッセンス オールインワンジェル

クレジットカード決済情報

自動音声ガイダンスに従って使用可能カードの決済IDを取得し、ご登録のクレジットカード番号下4桁と有効期限をご記入ください。次回以降の決済は、今回ご登録されたクレジットカードで行います。

※必ず本人様名義のカードでご登録ください。
※海外決済機能を利用している為、ご利用明細に商品名が記載されない場合がございます。
※クレジットカードによっては、海外決済を利用する場合、利用制限やリボ払いの設定がされていることがあります。

使用可能カード VISA / MASTER / JCB / AMEX / DINERS

自動音声ガイダンス番号 03-4333-1726

取得した決済ID (8桁数字)

カード番号下4桁 (AMEXも同様)

有効期限 / 月(Month)/年(Year)

送信方向

□□□

FAX : 050-3730-9703

か、Mail : info@saisaiclub.com で提出してください。(A4 サイズ、Mail は PDF 画像、郵送不可)