

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									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		申込日	西暦	年	月	日
氏名		生年月日	西暦	年	月	日
フリガナ		主要連絡先	()	-		
法人名		FAX	()	-		
		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	左系列	右系列	指定配置	配置先名	自動配置は自動配置ルールで配置されます。空欄は未配置会員となり、会員ページから配置できますが、翌月3日を越えると紹介料以外の報酬対象から外れます。配置がわからない方は上位ディレクター以上(先月実績で判定、翌月15日頃確定)の方に配置を依頼してください。
				ID番号	
				左右指定	左 右

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

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。)
			普通 当座	
ゆうちょ銀行	記号 番号	0 ※	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）	一般会員（1 個以上）			準会員 01 番（4 個）			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		
スカルプ	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	☐ ジェル	☐ スカルプ
02ポジション	☐ サプリ	☐ エッセンス	☐ ジェル	☐ スカルプ
03ポジション	☐ サプリ	☐ エッセンス	☐ ジェル	☐ スカルプ

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