

にいがた元気クラブ会員申し込み書

担当アドバイザーにお渡し頂くか、FAXにてお申込み下さい。

FAX:025-286-7318

平成 年 月 日

ふりがな
御氏名 生年月日 御職業
T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性 ()

〒 御住所 TEL
市 区 群 自宅 ()
携帯 ()

メールアドレス 【 @ 】

御家族構成(同居者)

ふりがな
御氏名 生年月日 御職業
T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性 ()

ふりがな
御氏名 生年月日 御職業
T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性 ()

ふりがな
御氏名 生年月日 御職業
T・S・H 年 月 日 (歳) 男性・女性 ()

以下のアンケートの該当するところに をお付け下さい。

①現在、ホシ薬品プラスの配置薬はおいてありますか？

置いてある

(登録番号) ※分からない場合は、弊社で記入いたします。

置いてない

②現在、健康に関してご興味のあるものは何ですか？(複数回答可)

健康維持、疾患予防・対策 食事 お薬・サプリメント 介護

スポーツ ダイエット 美容 その他具体的に()

③ご趣味は何ですか？ _____

このアンケートにご記入戴いた個人情報は、今後お客様への

①アフターサービス、②商品の発送、③新製品のご案内 等、

サービス向上のために使用させていただきますので、是非ともご協力ください。

