

○お申込される方がご記入ください。

フリガナ  
お名前

生年月日 T S H 年 月 日( 歳)

フリガナ  
ご住所 〒 フリガナ

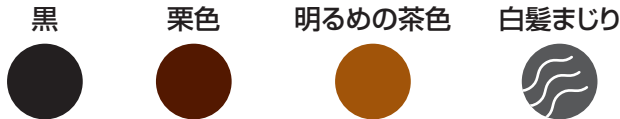
電話番号

携帯番号

FAX

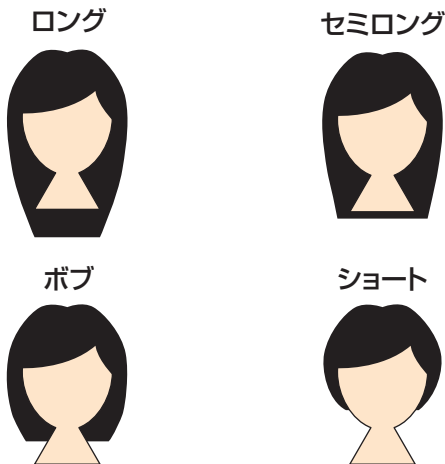
メールアドレス @

ウィッグの希望色



その他( )

ウィッグの希望の髪型



その他( )

※参考になる雑誌の切り抜き等を郵送いただくとイメージがわかりやすくなります。

○医療機関に記入していただいでください。

フリガナ  
病院名

フリガナ  
診療科

病名

フリガナ  
ご住所

フリガナ

電話番号

フリガナ  
担当医師名

※お申込者が通院中である確認のため、担当医師の方のサインをお願いします。  
(診断書は不要です)

- NPO法人ウィッグリング・ジャパンへのレンタル会員費として、『入会金 2,500円』『年会費(レンタル料) 3,000円』を頂戴しております。  
※1年間レンタルできます。 ※送料は別途500円です。 ※期間中一度だけ交換が可能です。(クリーニング代として別途2,500円必要です)  
※延長もできます。(更新料2,500円+年会費3,000円が必要です。) 納付いただいた会費の払い戻しは行いません。
- 万が一ウィッグを紛失・破損した場合には、賠償金30,000円を徴収させていただきます。記載事項に虚偽があった場合には会員登録を抹消します。その場合、納付された会費等の払い戻しは行ないません。
- 登録された個人情報は、ウィッグリング・ジャパンの運営をはじめ、各種情報のご提供、アンケートのご依頼、及び当法人からのコンタクト等に利用させていただきます。
- 当法人は、この確認事項を必要に応じて適宜改定することがあります。改定された確認事項は、ウィッグリング・ジャパンのホームページ上に掲載して会員に通知するものとし、当該通知をもって確認事項は変更されたものとします。

以上、チェック事項に関して同意します。

ご署名欄

※自筆サインをお願いします。