

○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)

ご住所 フリガナ

〒

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

黒



栗色



明るめの茶色



白髪まじり



その他( )

ウィッグの希望の髪型

ロング



セミロング



ボブ



ショート



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』※別途消費税を頂戴しております。※期間中何度でも交換が可能です。(交換毎にクリーニング代として別途2,500円(税別)必要です。)
- ※1年を過ぎてもウィッグが必要な場合には、更新も可能です。(更新料2,500円(税別)+レンタル料3,000円(税別)が必要です。)
- ※ウィッグは複数レンタル可能です。(ウィッグ1つにつき3,000円(税別)必要です。)
- ※郵送ご希望の方は送料が別途必要です。エリアによって異なりますのでお問い合わせください。
- 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、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く場合がございます。
- 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。