



No. IT-

令和 年 月 日

フリガナ		お電話番号		
お名前		eMail		
ご住所	〒	お振込先	銀行名：	支店名：
			口座番号：	口座名義：
身分証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）			

注) 太線で囲まれた灰色の項目をご記入ください

[illegible]