

ネット依存家族会申し込み

申込日時 令和 年 月 日

※太枠内を漏れなくご記入ください。

1	初回参加予定日	令和 年 月 日
2	診察カードの ID ナンバー	
	参加済の家族ワークショップの日時 ※当センター通院中でない方。	令和 年 月 日
3	参加するご家族の氏名と続柄 ※フリガナお付けください。	例) 久里浜 太郎 (クリハマ タロウ) 父 ① ②
4	ネット依存ご本人の氏名 年齢 学年／職業等	例) 久里浜 小太郎 (クリハマ コタロウ) 15 歳 中 3
5	連絡先 ※中止等の際にご連絡致します。	電話 : メールアドレス :
6	お困りの状況や家族会で質問したいことなど (任意)	

※メール申し込みの場合は、宛先 : 220-workshop@mail.hosp.go.jp 件名「ネット依存家族会参加申込」

で記入後の用紙を添付にてご送信ください。