

ネット依存家族会申し込み

申し込み日時 令和 年 月 日

* 太枠内をも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	
3	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
4	参加するご家族の氏名と続柄 (*フリガナをお付けください)	例) 久里浜 太郎(クリハマ タロウ) 父 ① ②
5	ネット依存のご本人の氏名 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
6	連絡先 *中止等の際にご連絡致します。	電話: 住所: メールアドレス
7	お困りの状況や家族会で質問したいことなど(任意)	

* メールでの申し込みの場合は、宛先：220-kazokukaigi@mail.hosp.go.jp

件名「ネット依存家族会参加申し込み」で記入後の用紙を添付してご送信ください。