

2019 年度

ネット依存家族ワークショップ申込書

FAX : 046-813-0638

久里浜医療センター教育情報部 行

第 回 月 日 (木)

★以下のいずれかの日時を必ずご記入下さい。複数回の申込みはできません。

開催日：第1回5月9日 第2回8月8日 第3回12月12日 第4回3月12日

氏名(ふりがな)	続柄	ご住所 ご連絡先 ※メール、電話、FAX等	お弁当の有無 ※別途お一人600円
記入例 くりはま はなこ 久里浜 花子	母	〒神奈川県横須賀市〇〇-〇〇 090-〇〇〇-〇〇〇 ※代表者①のみで結構です。	希望する/しない
①			
②			
合計金額	_____ 円		
受講料金は一家族5千円(税込)になります。 例：父母参加(お弁当含)場合。5,000円+1,200円=6,200円			

【ご注意ください】

※後日、事務局より、参加の有無のご連絡を郵送いたします。

※申込み後のキャンセルには、キャンセル料金が発生することがございます。

※一度に複数回の申込みはできません。

