

ネット依存家族ワークショップ申し込み記載事項

申込日時 令和 年 月 日

※ 1 - 6の項目をメールに記載（または本用紙記載し、添付）してご送信ください。

1	参加希望回 (7月7日、10月13日 1月12日のいずれか)	令和 年 月 日
2	診察カードのIDナンバー	※未受診の方は記載不要です。
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 ③
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。	住所: 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。 ※メール (220-kazokukai@mail.hosp.go.jp) への記載可。	

※メール申し込みの場合は、宛先 : 220-kazokukai@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。

※申し込み後、参加決定の通知は致しません。定員に達した場合など参加できない方への連絡のみになります。

※ご家族やご自身の体調に不安がある場合には、お電話・メールにてキャンセルを承けたまいます。どうぞご無理なさらず、ご遠慮なくお知らせください。