

ネット・ゲーム依存家族ワークショップ申し込み書

申し込み日時 令和 年 月 日

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

1	参加希望回 【7月9日 11月12日 R9年3月11日】	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
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 ③
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(220-kazokukaigi@mail.hosp.go.jp)への記載可。	

*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。

*ご家族やご自身の体調に不安がある場合は、お電話・メールにてキャンセルを承ります。どうぞご無理なさらず、ご遠慮なくおしらせください。