

FAX: 082-249-4121

斎藤学ワークショップ参加申込書

- この参加申込書を FAX あるいは郵送にてお送りください。
- 申し込みの後、参加費をご本人のお名前でご振込みください。

郵便振替 口座番号 01340-5-61555
口座名称 ひろしま家族機能相談所
参加費 20000円

- この参加申込書の FAX か郵送の着信と、参加費のご入金の確認ができた時点で、正式に参加申し込み受付完了となります。
- 開催日から7日前以降のキャンセルは返金できませんのでご注意ください。

申込日 年 月 日

※個人情報保護法に基づき、記入された個人情報はお申込事項の確認および緊急時における連絡のみに使用いたします。

氏名	印	性別	生年月日	職業
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳	
〒 住所		連絡方法として可能なものを必ずご記入ください		
		電話() -		
		携帯() -		
		FAX() -		
		E-mail		
精神科通院歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
※現在治療機関にかかっている方は、必ず主治医、担当セラピストに了解をとってからお申込ください				
家族構成				
1. 父母について <input type="checkbox"/> 父母ともに健在 <input type="checkbox"/> 父のみ健在 <input type="checkbox"/> 母のみ健在 <input type="checkbox"/> 父母ともに死亡				
2. あなたを含めた兄弟姉妹の数 人				
3. 現在の同居者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない いる場合はあなたとの関係()				
参加目的(ご自身の持っている問題についてお書きください)				
斎藤学ワークショップへの参加経験 <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> ()回目				
このワークはどちらでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> ちらし(さいとうクリニック・IFF・ご自分宛 DM) <input type="checkbox"/> HCFE ホームページ <input type="checkbox"/> その他()				
ひろしま家族機能相談所に対するご要望などございましたらご記入ください。				
今後、ひろしま家族機能相談所からの催し物等の案内をお送りしてもよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				