

医療法人社団利田会
周愛荒川メンタルクリニック
ネット依存・ゲーム依存家族教室参加申込書

【申し込み FAX 番号 03-6807-6826】

※個別相談を 1 度も受けていない方は参加できません。

【個別相談についてのご案内】

<http://www.shuai-toshida.jp/arakawa/counseling/index.html>

※令和 3 年 1 月より 1 回当たりの参加費が 1 万円に改定となります。

※1 家族 1 名様までの参加とさせていただきます。ご夫婦揃っての参加は受けかねます。

※他の参加ご希望者様の人数との兼ね合いで申込日変更のお願いをさせていただく場合がございます。

※参加者様ご自身又はそのご家族、職場の方などに発熱・咳などの症状のある場合には参加はできません。

※お申し込みは調整の都合上参加ご希望日の 10 日前までとさせていただきます。

必須事項

参加ご家族氏名 _____ 様

携帯電話番号 _____

ファックス番号 _____

ご住所 _____

お子さん（当事者）との続柄： _____

参加希望日 令和 年 月 日開催分

担当者 周愛荒川メンタルクリニック
部長 八木眞佐彦（精神保健福祉士・社会福祉士）