

平成 30 年度 薬物依存症者家族サポートプログラム申込書

記入日 平成 30 年 月 日

参加者氏名	当事者の方との続柄()	男 ・ 女	年 月 日生 () 歳
住 所	TEL () -		
電話に ついて	電話をかける際に、こころの健康総合センターの名前を出すことは 可 ・ 不可 日中連絡のつく電話番号 ()		
参加を希望 される理由			
備考	※プログラムの内容についてのご希望や、何か配慮が必要なこと等がございましたら、ご記入ください（必ずしもご希望に添えるとは限りません）。		