

## 平成 29 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 29 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 (    )		
参加希望グループ	Aグループ    ・ Bグループ ・ どちらでもよい (いずれかに○をつけてください)		
参加を希望する理由			
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)。		