

家族教室 申込書

◎ 教室に参加されるご家族の方についてご記入ください					
(ふりがな) 参加者氏名		性別	男・女	年齢	歳
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日				
住所	〒 —				
電話番号	— —				
当事者との続柄	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子ども ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()				

◎ 当事者ご本人についてご記入ください					
(ふりがな) 本人氏名		性別	男・女	年齢	歳
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日				
住所	〒 —				
かかりつけの 医療機関		主治医		Dr	
当院との 現在の関わり	通院中 ・ 入院中 ・ デイケア通所 ・ 治療中断 ・ 特に関わりなし				

※ 電話番号は連絡が付きやすい番号を記入してください。

※ 申込書は以下の宛先まで郵送、FAXまたは直接医療相談室まで提出してください。

☆ 宛 先 ☆

〒064-0946

北海道札幌市中央区双子山4丁目3-33

旭山病院 医療相談室 家族教室担当者

FAX:011-631-5512