

家族教室申込み書

(ご本人)

ふりがな 氏名			
現在の 治療形態 (病棟)	外来・入院 (1A・1B・2A・2B)		
主治医		病名	

(ご家族)

氏名 (ふりがな)	続柄	年齢	参加予定
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無
案内送付先 住所	〒 氏名		
電話番号			

※電話番号は中止などの緊急連絡に使用するため、日中に連絡がとれる番号をお願いします。

◎普段、お困りのこと、不安に思っていることをお聞かせ下さい。家族教室実施の参考にさせていただきます。

※ご記入いただきました内容は、家族教室以外の目的では使用致しません。

申し込み方法

- ① ご持参：外来受付、病棟スタッフ、ソーシャルワーカーまで
- ② ファックス：0263-57-6585
- ③ 郵送：「村井病院相談室家族教室係」 〒399-0032 松本市芳川村井町西2-15-1

※大変恐縮ですが、封筒と切手はご用意ください

ご不明な点は担当 小尾・渡邊(心理士)本島・丸茂・比田井・福井(ソーシャルワーカー)までご連絡をお願いいたします。

TEL：0263-58-2244