

# 2024年度 前期 きょうと摂食障害家族教室 参加申込書

フリガナ	
患者様氏名	
患者様生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
通院先医療機関名 (通院されている場合)	
患者様の現在の症状	★患者様の現在の症状に最も当てはまるものに○をつけてください ※交流会のグループ分けの参考にさせていただきます。 拒食 (嘔吐なし) ・ 拒食 (嘔吐あり) 過食 (嘔吐なし) ・ 過食 (嘔吐あり) その他 ( )
フリガナ	
参加者氏名	
参加者住所	〒
患者様との関係	★当てはまるものに○をつけてください 父 ・ 母 ・ その他 ( )
参加者電話番号 E-mail	※メールでご案内をお送りすることがありますので、必ず連絡のとれる連絡先をご記入ください。 TEL: E-mail:
希望する参加方法	現地会場参加 ・ オンライン参加
参加費の支払方法	クレジットカード ・ 銀行振込
申し込み日	令和 年 月 日
家族教室を知った きっかけ	★当てはまるものに○をつけてください ホームページ ・ ご紹介 (紹介元: ) SNS ・ チラシ (受取場所: )
その他連絡事項	★事前に伝えたいことやご不明な点がありましたらお書きください