2024 年度　後期　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〇をつけてください ※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	★当てはまるものに〇をつけてください 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	★当てはまるものに〇をつけてください 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