

<家族教室申込用紙>

記入日【 2024年 月 日】

定員：20名

参加費：無料

お申込みの際はこの用紙を外来窓口/入院病棟へお持ちください。また、お電話や FAX でお送りいただくことでも申し込みができます。
もりやま総合心療病院 (TEL：052-791-2133 FAX：052-791-2137)

※当イベントは統合失調症のご家族さまを対象としています。患者様の参加は不可とさせて頂いております。

参加希望日を○で 囲んでください	全6回 ・ 第1回 ・ 第2回 ・ 第3回 ・ 第4回 ・ 第5回 ・ 第6回		
ご家族氏名			
患者様氏名			
連絡先	住所 〒		
	電話番号		
主治医	先生		
どちらかに○をお付け下さい	外来 ・ 入院(病棟)	受付者

※感染対策として換気をしながらの開催になりますので、温かい服装でお越しください。

※当日までに発熱や風邪症状のあった方は参加をご遠慮ください。

※当日はマスクの着用と手指消毒のご協力をお願い致します。