

<申し込み先>

石川県こころの健康センター 相談課

FAX 076-238-5762

(送付状は不要です)

「平成28年度依存症教室」

参加申し込み用紙

所属 _____

連絡先電話番号 _____

(※日程変更等の場合連絡するためのものです)

参加希望教室	教室 開催日	氏名
参加者の立場	(出席予定日に○をつけてください)	
*あてはまるものに○をつけて下さい 支援者は職種をご記入下さい)	
(ギャンブル、アルコール・薬物・両方)	9/5、11/14、	
(本人・家族・支援者:職種)	2/10	
(ギャンブル、アルコール・薬物・両方)	9/5、11/14、	
(本人・家族・支援者:職種)	2/10	
(ギャンブル、アルコール・薬物・両方)	9/5、11/14、	
(本人・家族・支援者:職種)	2/10	

※申込期限は特にありませんが、ご不明な点は「こころの健康センター相談課 (076-238-5750)」までお問い合わせください。

~~~~~  
職務上守秘義務のある支援者の方のみ

事例検討会【11/14】 参加希望 ・ 不参加

(どちらかに○をつけてください)