相談申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  | ご職業・ご所属など |
| 氏 | 名 |
| 生年月日大　昭　平　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　　　（　　　　　　　　歳） |
| 現住所　　　〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　自宅　　　　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　携帯　　　　　　　　　（　　　　　　）※当センターよりご連絡を差し上げる必要が生じた際、ご本人以外の方がお電話にでられた場合に、ご来談事実をお伝えしてもよろしいでしょうか（　　可　　否　　） |
| **メールアドレス**\*緊急時等にこちらのメールアドレスにセンターより一斉メールをお送りする場合がございます。 |
| 家族構成 |
| 続柄 | 名前 | 年齢 | 同居 | ご所属など |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 現在または過去の心療内科等病院への通院歴　有　（現在　・　過去）　　（病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　・　　　　　無 |
| 相談内容　\*必ずご記入ください |
| 当センターを何でお知りになりましたか |

