

参 加 申 込 書

みんなねっと・すすめのお宿家族会、しのめ福祉会 主催
『家族による家族学習会』に申し込みます。

住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (病気のご本人との続柄)

氏名 _____ (病気のご本人との続柄)

* 下記にもご記入ください

*

☆ご本人の診断名は (_____)

☆病気のご本人について ○をつけてください

- ・ご本人の 性別 (男・女) 年齢・10代・20代・30代・40代以上
- ・発病後の経過年数 ・1～2年 ・3～5年 ・6～9年 ・10年以上
- ・ご本人の状況 ・入院中 ・ご自宅で静養中 ・別世帯で自活
- ・その他 (_____)

☆これまでに家族教室などに参加したことがありますか? ある ・ ない

☆あなたがこの会に参加して学びたいこと、知りたいこと

(例 病気・薬・病院・対応・予後・福祉サービス・その他)

【郵送先】 〒815-0082 福岡市南区大楠 1-35-17 心の春希望内 すずめのお宿家族会宛て

☆FAXの場合 092 (516) 7504 ^

※申込者が定員を超えた場合は、お断りすることがありますので、ご了承ください。

<問い合わせ先> 電話 080-3952-8205 (白石) _____