

送付先 福島県相双保健福祉事務所 保健福祉課 障がい者支援チーム 行  
FAX 0244-26-1139

# 平成30年度 アルコール家族相談会 参加申込書

◎家族相談会をどこでお知りになりましたか？（当てはまるものに○をつけてください）

- ①市町村広報      ②相談会ちらし      ③保健福祉事務所ホームページ      ④市町村保健師  
④保健福祉事務所保健師      ⑤主治医や医療機関      ⑥その他（      ）

◎家族相談会に参加されるご家族の方について ご記入ください

フリガナ 参加者氏名	性別	男女	年齢	歳
ご本人からみた 続柄	父・母・夫・妻・子ども・兄弟姉妹・その他（      ）			
お住まいの 市町村名	電話番号 (携帯番号)			
参加希望日(参加を希望される日程全てに○をつけてください。)				
【第1回】平成30年 5月30日(水)		【第5回】平成30年12月12日(水)		
【第2回】平成30年 7月18日(水)		【第6回】平成31年 1月30日(水)		
【第3回】平成30年 9月 5日(水)		【第7回】平成31年 3月20日(水)		
【第4回】平成30年10月24日(水)				

◎家族相談会に参加されるご家族の方について ご記入ください

フリガナ 参加者氏名	性別	男女	年齢	歳
ご本人からみた 続柄	父・母・夫・妻・子ども・兄弟姉妹・その他（      ）			
お住まいの 市町村名	電話番号 (携帯番号)			
参加希望日(参加を希望される日程全てに○をつけてください。)				
【第1回】平成30年 5月30日(水)		【第5回】平成30年12月12日(水)		
【第2回】平成30年 7月18日(水)		【第6回】平成31年 1月30日(水)		
【第3回】平成30年 9月 5日(水)		【第7回】平成31年 3月20日(水)		
【第4回】平成30年10月24日(水)				

