

送信先：こころの相談室 宛 FAX：045-847-6688

こころの相談室 FAX 申込用紙

相談	新規・継続	記入例
名前	ふりがな かみおおおか こころ 上大岡 心	(本名・匿名)
連絡先 電話	090-1234-●●●●	(職場・自宅・個人)
FAX	045-123-●●●●	(職場・自宅・個人)
同伴者	有・無	
予約希望日	名 関係：	
配慮事項 備考	相談日程表をご確認の上、ご希望の日程をご記入ください。 第1希望日： 2月 6日(水) 第2希望日： 2月 15日(土) 第3希望日： 2月 20日(火) 聴覚障害があるので、筆談でお願いしたい。 相談員は〇〇希望(継続利用の方はカウンセラー名)。	

下記の事項にご記入ください。 申込日 年 月 日

相談	新規・継続	
名前	ふりがな	(本名・匿名)
連絡先 電話	- -	(職場・自宅・個人) 市外局番もご記載ください
FAX	- -	(職場・自宅・個人)
同伴者	有・無	
予約希望日	名 関係：	
配慮事項 備考	相談日程表をご確認の上、ご希望の日程をご記入ください。 第1希望日： 月 日() 第2希望日： 月 日() 第3希望日： 月 日()	

●ここでご記入いただく情報は、こころの相談室の利用調整のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

申込後、相談日の調整をし、ご記入いただいた連絡先に日程をご連絡いたします。