

埼玉県済生会鴻巣病院認知症疾患医療センター 家族教室（R7年度）申込書

記入日 年 月 日

患者さんの性別	男性	女性	年齢	歳
認知症治療歴	年	かかっている病院		

参加者1

氏名 _____ 患者さんとの続柄_____

住所 _____ 電話番号_____

* 今回の参加は〔 初めて · 2回目以上 〕

参加者2

氏名 _____ 患者さんとの続柄_____

住所 _____ 電話番号_____

* 今回の参加は〔 初めて · 2回目以上 〕

参加者3

氏名 _____ 患者さんとの続柄_____

住所 _____ 電話番号_____

* 今回の参加は〔 初めて · 2回目以上 〕

* 他機関の家族教室に参加したことがありますか？（あり · なし）

* 今後当院からのご連絡についていずれかを○で囲んでください。

1. 鴻巣病院名を〔 出してもよい · 出さないでほしい 〕

2. 案内を郵便で〔 送付してもよい · 送付しないでほしい 〕

* 「送付してもよい」場合の送付先をご記入ください

氏名		電話番号	
住所	〒		

宣誓書

私は家族教室で知り得た参加者の個人的な情報を、他では一切話さない事を誓約致します。（下欄に署名をお願いいたします）

参加者1 _____

参加者2 _____