

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