

石川県摂食障害支援拠点病院
開設2周年記念講演会

参加申込書

FAX

076-265-2827

※申込期間：9/2～10/15

参加ご希望の方は、必要事項をご記入いただいて上記までFAXいただくか、
下記のGoogleフォームにアクセスいただいて、スマートフォンかインターネットでお申し込みください。

ともにあり、ともに歩む ～摂食障害の地域支援活動のビジョン～

10/20（日）10:00～12:00 金沢港クルーズターミナル セミナールーム

- お申し込みは先着順で80名となっております。申し込み期間中に定員に達した場合は、その時点で締め切らせていただきます。
 - 申し込み後にキャンセルされる場合は、問合せ窓口(076-265-2827)まで、お電話にてお伝えください。
 - ご記入いただいた内容は、今回の参加者数把握にのみ使用し、第三者へ提供することはありません。
 - お名前に関して、当日こちらから会場で公開することはありません。
 - いただいた個人情報につきましては、管理責任者を定め、紛失や漏洩が発生しないように努めます。

申し込み方法①：FAX

お名前	
年齢(任意)	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代～
性別(任意)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他
摂食障害の方 とのご関係 (任意)	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 友人/知人 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 援助職(医師、看護師、保健師、心理士、教員、養護教諭、精神保健福祉士など) <input type="checkbox"/> その他()
本講演会を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 石川県摂食障害支援拠点病院のWebサイト <input type="checkbox"/> 医師会、看護師会、臨床心理士会などの研修情報 <input type="checkbox"/> お知り合いからの紹介 <input type="checkbox"/> その他()

申し込み方法②：Google フォーム

右のQRコードを読み取っていただき、お申し込みサイトにて
必要事項をご記入ください。(※申込期間：9/2～10/15)



参加申し込みフォーム

あなた自身が、あなたの身近な人が、「摂食障害かも?」と思った時に、相談できる機関があります。