



カウンセリング申込書

電話問い合わせ又は直接受け付けした日付 年 月 日

お子さんの名前

保護者の名前

生年月日 年 月 日 才

学校名（幼稚園、保育園）

学年

住所 〒

電話番号（自宅）

電話番号（携帯）

メールアドレス（PC メール受信可能なもの）

こちらを希望する理由：紹介機関などは必ず記入してください。

相談内容（書ききれない場合は別紙に）

注）申込書をFAX後、カウンセリング外来利用の希望がなくなった場合（他の医療・相談機関につながった、問題が改善した等の場合）は、お手数ですが、必ず、当院までご連絡下さい。