FAX 番号：092-322-9252

糸島保健福祉事務所健康増進課　松尾（智）行

申込締切：
令和７年８月２６日（火）

アルコール依存症について学ぼう！

申込書

フリガナ		
氏名	①	②
お申し込みの方について (該当項目に ○ をつけてください)	ア）依存症問題で悩んでいる家族 イ）自助グループメンバー ウ）相談支援職員　エ）行政職員　オ）医療機関職員 カ）その他（　　）	
ウ)、エ)、オ）の方は所属機関名をご記入ください		
申し込み経路 (該当項目に ○ をつけてください)	ア）広報　イ）チラシ　ウ）紹介　エ）その他（　　）	
電話番号		
メールアドレス	メールアドレスがありましたら、ご記入ください。	
個別相談会について (該当項目に ○ をつけてください)	・希望する（ア）自助グループメンバー　イ）保健所職員） ・希望しない	

聞いてみたいこと等があればご記入ください。

【講師に】

【自助グループメンバーに】

※1 枚で 2 名まで申し込み可能です。