

こころの健康相談・思春期相談申込書(支援者用)

*支援者の方に記入していただく様式です。太枠内をご記入の上、留萌保健所までFAX・郵送でお送りください。

【申込み書の郵送先】 〒077-8585 留萌市住之江町2丁目1-2
 北海道留萌振興局保健環境部保健行政室(留萌保健所)
 TEL 0164-42-8327 FAX 0164-42-8216

申込者	(ふりがな) 氏名		相談したい 方との関係 (職種)			
	支援機関名					
	連絡先	電話番号				
連絡希望 時間帯						
相談したい方について	(ふりがな) 氏名 ※イニシャル可		性別		年齢	
	①所属している学校(学年)、会社があればご記入ください					
	②通院中の疾患があればご記入ください。また、通われている医療機関名もご記入ください。					
	③相談したい内容をご記入ください					
	④当日来所される方を教えてください。複数の場合は、全員の氏名を記入ください。					

保健所 記入欄	受理日		確認 連絡日		担当 保健師	
	備考					