**2024年10月19日　１DayリプロセスリトリートWS in札幌**

**参加申込書**

**※申し込み日　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**※お名前**

**※年齢**

**※郵便番号**

**※住所**

**※連絡のつく電話番号**

**FAX**

**※メールアドレス**

**※お知らせなどの送付方法　　　　□ メールに添付**

**□ FAX**

**□ 上記住所に郵送**

**※これまでに受けたリプロセスの経験　　□ なし**

**□ あり　（回数　　　　　　　）**

**※リプロセス参加に関する主治医や　　　□ あり**

**担当カウンセラーの了解　　　　　　　□ なし**

**できましたら治療中の方は主治医、カウンセリングをお受けになっている場合は**

**カウンセラーのお名前をお書きください。**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※参加の理由**

**※緊急の場合の連絡先（ご家族など）**

**電話番号　　　　　　　　　　　お名前　　　　　　　　　　（ご関係）**

**※は必ずご記入ください**