

# 北海道ハートフルコミュニケーションズ

申込日 年 月 日

初回心理カウンセリング 申込書	
お名前 (フリガナ)	性別 生年月日
	男 T ・ S 女 H 年 月 日
保護者のお名前 (お子様とご一緒の方はご記入ください)	
ご住所	ご連絡先
〒 -	電話番号 ( ) 携帯電話 E-mail @
ご職業	学生・自営業・会社員・公務員・無職・その他 ( )
希望の日時	第1希望 ( )月 ( )日 AM・PM ( )時から 第2希望 ( )月 ( )日 AM・PM ( )時から
主な目的・内容	

※申し込み受付は、ご希望日の3日前までとさせていただきます。

※申し込み用紙受信後、確認のためこちらからご連絡させていただきます。その際、日時を決定します。

※できるだけ第1、2希望で調整しますが、やむを得ない場合、変更していただくことがありますのでご承知ください。

※申込書の個人情報は、本目的以外に使用されることはありません。

お申し込みは FAX 011-261-1919 へ (24時間受付)