

ベルハウス相談申し込み

平成 年 月 日

以下の通り相談を申し込みます 送付先FAX (029-305-7564)

申し込み者 本人 親 その他 ( )	住所			氏名	ふりがな		歳	男女
	連絡先	場所	自宅、勤務先 その他 ( )		電話		連絡してよい時間	
				携帯				
相談したいこと (具体的に書く)	だれの相談ですか(子ども、その他 )  どのような相談ですか ( )							
相談希望 日時・曜日	第1希望 月 日 ( )		第2希望 月 日 ( )		第3希望 月 日 ( )			
相談員希望	なし、あり (男、女 指名 )							
相談員に配慮 してほしいこと など								