

# 集団認知行動療法申込書

集団認知行動療法へのお申し込みをご希望される方は、お申し込みの注意点を御読みになった上で、以下の項目に必要事項を記入し、クリニック受付までお持ちいただくか、Fax(0467-46-8611)にてお送り下さい。Faxによるお申し込みの締め切りは開始1週間前までとさせていただきます。

\*お申し込みされる際の注意点：

- ・ 集団認知療法へのお申し込みは、ハートクリニックに通院されている方を対象としております。当クリニックに通院されていない方は、一度受診の上、お申し込みしていただくこととなりますのでご了承下さい。
- ・ ダウンロード用の申込書をご利用してお申し込みされる際には、必ず主治医にご相談の上、「主治医チェック欄」にサインを頂くようよろしくお願い致します。主治医のサインが無いものは、お受けしかねますのでご了承下さい。

申し込み日時： 年 月 日

主治医チェック欄	
----------	--

1. 参加を希望される御本人様について、以下の事項にご記入下さい。

診察券番号：	担当医： 先生
フリガナ 氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 年 月 日生 ( )歳	

2. 参加を希望されるグループの「チェック欄」に○をつけてください。

毎週1回 / 90分

曜日	チェック欄
月曜	14:30 ( )
火曜	18:30 ( )
木曜	11:00 ( )
金曜	11:00 ( )

3. グループに期待されることをご記入ください。

--

4. グループにご参加されるにあたり下記の事項をご了承いただき、誓約書へのサインをお願い致します。

誓約書 集団認知行動療法に参加するにあたり、以下の事項を厳守することを、ここにお誓い致します。 <ul style="list-style-type: none"><li>・ グループ内で知り得た機密を他へ漏らさないこと。</li><li>・ 故意または重大な過失により他メンバーおよびグループに損害を与えた際はその賠償責任を負うこと。</li></ul> 氏名 _____
--

-----  
主治医記載欄(参加目的・診断名などをご記入下さい)