



面談・ホリスティック・電話 カウンセリング申込票

太枠内をご記入ください。

FAX 045-227-5796

お問い合わせ内容	詳細
主訴に○をつけてください	人間関係、夫婦・親子に関する問題、仕事、無気力、自信喪失、過食・拒食、学習・不登校・ひきこもり、虐待、介護に関する問題、恋愛・結婚、その他
特にお話になりたい事を簡単に書いてください	
面談ご希望地	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪
ご希望回数	どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1回のみ希望 <input type="checkbox"/> 3回(1クール)希望
ご希望日時 (1回のみご希望の方も第3希望まですべてお書きください。)	第1回 []年[]月[]日 AM・PM [:]~[:] 第2回 []年[]月[]日 AM・PM [:]~[:] 第3回 []年[]月[]日 AM・PM [:]~[:]
<p>カウンセリングの受け方・お約束・ご注意について同意、了承しましたので 面談・ホリスティック・電話 カウンセリングを申し込みます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>ご住所 〒 _____</p> <p>お電話 _____ () _____ 年齢 _____ 歳</p> <p style="text-align: right;">ご署名 _____</p>	

以上ご記入の上、下記へFAXまたはご送付ください。ご送付の場合は控えをおとりください。
ご不明な点は、お気軽に下記へお問合せください。

決定日時	
担当カウンセラー	
料金・料金振込日	

以上

NPO 法人 アティスカウンセリング協会
 カウンセリング事業部 <アティスホールディングス>
 〒231-0014
 横浜市中区常盤町 3-24 サンビル 3F-D
 TEL 045-227-5795 FAX 045-227-5796
 E-mail: info@atys.org