

2 婚姻年月日

夫	初婚 ・ 再婚	年数	婚姻年 西暦	年	月	(年)
妻	初婚 ・ 再婚						

3 その他

現在同居されている家族構成			
居住環境	賃貸 ・ 持家		
実子のお子様	なし ・ あり	養子縁組のお子様	なし ・ あり
不妊治療について	ア これから始める予定 イ 治療中 ウ 終了した エ 中断しているが再開する予定 (可能性がある) オ 行っていない カ その他()		

4 説明会へ参加した理由や、養子縁組についてどの程度調べているかなど、ご夫妻の状況を簡潔にお教え下さい。
(差し支えない範囲で構いません。)

5 当日質問(疑問)してみたいこと、関心のあることなど(自由記載)

参加希望の方は郵送またはメールで申込書の返送・返信をお願いいたします。

郵送の場合は(〒360-0025 埼玉県熊谷市太井1681 さめじまボンディングクリニック医療連携室宛)に返送ください。メールの場合は i-renkei@bonding-cl.jp 宛に返信ください。

※ご提供頂いた個人情報は、さめじまボンディングクリニック医療連携室にて責任をもって適切に管理致します。
また、当該事業実施の目的以外に使用することはありません。

以上