



カウンセリングスペース paz

静岡県沼津市大手町4-3-28 リバーサイド大手町502

電子メール: info@counselingspacepaz.com

Web: www.counselingspace.com

カウンセリング同意書

年 月 日

カウンセリングが効果的かつ倫理的に行われる為に、この文章に書かれていることをご理解、同意の上で署名捺印をお願いいたします。なお、18歳未満の利用者は保護者による署名が必要です。

- カウンセリングスペース paz（以下当施設）におけるカウンセリングは医療行為ではありません。カウンセラーが緊急性があると判断した場合は、カウンセリングの中止、医療機関との連携を速やかに行います。精神科、心療内科など通院している場合は主治医の承諾書が必要です。
- カウンセリングをお休み又はキャンセルされる時は事前に連絡を取り、次回の面接の確認を必ずして下さい。予約のキャンセルや変更につきましてはメール（info@counselingspacepaz.com）までお願いいたします。キャンセル料についてはホームページをご確認ください。
- カウンセリングの終了を希望する場合は必ずご連絡下さいますようお願いいたします。ご連絡がない場合は規定に基づきキャンセル料を頂きます。
- 利用者が継続して予約のキャンセルをした場合、以後新たな予約を受け付けないことがあります。
- カウンセラーに対して暴力行為、脅迫行為など犯罪行為があった場合、以後カウンセリングはお受けできません。また適切な判断に基づき通報する場合があります。
- 必要に応じて録音・録音機器などで面接場面を記録する場合があります。これは支援に役立てるためであり、施設内での教育、研究に使用されるものです。事前にお知らせします。
- 当施設におけるプライバシーポリシー詳細は、当施設ホームページ（<http://www.counselingspacepaz.com>）に記載しており、それに基づき、利用者のカウンセリング内容は厳守されます。利用者の同意がない限り、他の人に利用者の個人情報を知らせることは原則ありません。ただし、法に従って提出の義務が課せられる場合や、利用者自身や他の人に重大な危険が及びそうな場合など、当施設が必要と判断した時、適切な対応とることがあります。

以上に同意し、カウンセリングを利用いたします。

利用者 _____ 印 保護者 _____ 印

住所 _____

担当者 _____ 印 _____ 年 _____ 月 _____ 日