



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

カウンセリング承諾依頼書

____年 ____月 ____日

主治医 _____ 先生御机下

私はカウンセリングスペース paz において、カウンセリング、心理療法を通じて今までの人生の振り返り、生活の立て直し、現在の心のありよう、今後の生活についての支援・援助を受けたいと思います。

- カウンセリングの進展は必要に応じて報告します。
- カウンセリングスペース paz と今後必要に応じて連携、主治医からの指示等を依頼することがありますのでよろしくお願いいたします。
- カウンセリングは医療行為ではありませんので、治療に関しては主治医の指示に従います。

以上についてカウンセリング実施に承諾して頂けますよう、よろしくお願いいたします。

希望者氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 (自宅 ・ 携帯) (_____) _____

メールアドレス _____

____年 ____月 ____日

カウンセリングの実施を承諾します。

医療機関名

主治医氏名