

同意書

(料金) 心理検査の料金は 1回 16,000円です。

(キャンセル) フィードバック面接のキャンセルの時には、2日前までに電話かメールでご連絡ください。予約日の前日と当日のキャンセルの時には、別途 3,000円を頂きます。また、時間の変更でもキャンセル扱いとなります。

(場所) 訪問や電話、メールでの心理検査やフィードバック面接は行っていません。来所の際には待合がないため予約時間ちょうどにお越しください。

(遅刻) 予約時間に遅れても、終了時間の延長はできません。

(連携) 自傷他害や生命の危険などがあれば、必要に応じて、担当者は主治医・学校・勤務先・ご家族に連絡を取ることがあります。

(未成年) 18歳未満の方の心理検査は保護者の同意と署名が必要です。

(中止) 暴力行為や暴言、オフィスの運営に支障がある場合には心理検査を打ち切ります。

(責任) カウンセリング外・オフィス外の事について、担当者は責任を負うことができません。

(通院中) 精神科や心療内科に通院中の方は主治医の許可が必要です。

(研究と研修) 心理臨床学の発展と、担当者の資質向上のため心理検査の一部を研究発表することがあります。その場合には個人が特定されないように配慮いたします。

(個人情報) 管理する個人情報は適正に管理し、目的外に使用することはありません。ただし、関連機関との連携、生命や財産の危機、法令上の必要、などがある時には個人情報の開示をすることがあります。

(記録の保管) 管理する個人情報は最終面接日から5年で破棄する場合があります。

横浜市港北区篠原北 2-4-17 ライラック 103号 045-717-5687
横浜市港北区大豆戸町 311-1 アークメゾン菊名 201号 045-642-5466
(mail) _____@s-office-k.com
(ホームページ) <https://s-office-k.com/>

心理オフィス K _____

以上のことに同意してくださる場合にはご署名をお願いします。

令和 年 月 日

クライアント氏名: _____

(令和元年 8月 19日 改訂)