

同意書

(料金) カウンセリング料金は 1回 50分 7000円 です。頻度が週複数回の際には 6000円以下 で個別に案内致します。

(キャンセル) 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、どのような理由でも キャンセル料として全額 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) 訪問やメールでのカウンセリングは行っていません。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歳未満の方のカウンセリング開始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カウンセリングを打ち切ります。

(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カウンセリング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3年8月8日 改訂)