

## 同意書

[カウンセリングの申し込み] メール、お問い合わせフォーム、お電話(0465-20-4528)でご連絡をいただき、「人工透析のカウンセリングを受けます。」とお伝えください。初回のクライアントさまは、あらかじめ、[カウンセリングの守秘義務・個人情報の取扱いについて](#)、[ヒアリングシート\(人工透析室 患者さま\)](#)、[同意書](#)をダウンロードされ、ご記入されたものをお持ちいただいても構いません。(もちろん、当日書いていただいても問題ありません) ご希望の日時、ご対面・Zoomのご指定もお願いいたします。日時・方法が正式に決まりましたら、指定の口座へのご入金をお願いしております。ご入金の確認が取れませんかキャンセル扱いになりますので、ご注意ください。また、ご予約の際には「お名前」「ご連絡先」をお聞きします。

[キャンセル] キャンセルされる場合は、2日前までに、お電話かメールでご連絡ください。ご予約日の前日と当日のキャンセルの場合、いかなる理由でもキャンセル料として全額を頂戴いたしますのでご注意ください。  
(日時変更は、2日前でしたら、1回に限り、ご変更を承ります。)

[ご予約時間の遅れ] ご予約時間に遅れた場合でも、終了時間の延長はできませんので、ご注意ください。

[カウンセリングの中止] 暴力行為や暴言、カウンセリング継続に支障をきたす場合には、即刻カウンセリングを打ち切りにさせていただきます。その際のご返金には応じられませんので、ご了承願います。

[研究と研修] カウンセリングの発展と、資質向上のため、カウンセリング内容の一部を勉強会等で発表することがありますが、その場合は、個人が特定されないように加工いたしますので、ご安心ください。

[記録の保管] クライアントさまの個人情報は、最終カウンセリングから5年とします。

よしざわ メディカル  
サポート 社会保険労務士事務所  
代表 吉澤 健一  
[TEL:0465-20-4528](tel:0465-20-4528)

以上の項目にご同意いただける場合は、ご署名をお願いいたします。

令和 年 月 日

クライアントさまの氏名.....