



(株)心理オフィスK

署名依頼日: 年 月 日()

同意書 (心理検査)

sample

当社: (株)心理オフィスK

お客さま: ●●●● 様

info@s-office-k.com

〒222-0032 神奈川県 横浜市 港北区 大豆戸町

311-1 アークメゾン菊名201

045-642-5466

本契約書は、(株)心理オフィスK（以下、「当社」）と ●●●● 様（以下、「お客様」）との間で、
に締結されたものです。

心理検査を受けるにあたっての同意書です。

利用規約

料金

心理検査の料金は1回18,000円です。この中に検査の実施、報告書作成、検査報告面接が含まれています。

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、心理検査に関しては9,000円、検査報告面接に関しては別途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。ただし、新型コロナウイルス感染症で陽性だった場合はキャンセル代は不要です。

場所

訪問・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。

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。

医療機関からの依頼

医療機関から依頼された心理検査の場合には、検査結果およびその他の情報を主治医に提供します。伝えて欲しくないことがある場合には都度申し出て下さい。

署名

本契約書は、電子的方法または書面を用いて署名することができます。書面に署名する場合は、有効な記録を残すため、当社まで署名済みの書面を返送してください。電子的方法を用いた署名は直筆の署名とみなされます。

両当事者は、以下に署名として氏名を入力することにより、本契約書の条項に同意する意思を持って電子的な署名を行うものとします。

両当事者は、以下に署名として氏名を入力することにより、本契約書の条項に同意する意思を持って電子的な署名を行うものです。

事業主の署名

事業主の名前	(株)心理オフィスK
事業主の署名	(株)心理オフィスK
事業主の署名日	

受取先の署名

受取先の名前	
受取先の署名	
受取先の署名日	