**サービス利用についての同意書**

　　　　　　　　 Client Service File # \_\_\_\_\_\_\_\_

私、     は私の心理療法治療の主なモダリティとして、TELLカウンセリングセラピストとのボイスオーバーインターネットプロトコル（voIP）ビデオベースの治療（遠距離カウンセリングと呼ばれる）を受けることに同意します。

**私は遠隔カウンセリングに関して以下のことを理解しています：**

1. 私は、voIPビデオベースのカウンセリングに伴うリスクがあることを理解しています。これには、セッション中の技術的混乱の可能性が含まれますが、これに限定されません。ビデオベースのカウンセリングは外部からの干渉を受ける可能性があります。
2. 私はビデオベースのカウンセリングの効果は理解していますが、結果を保証することはできないことも理解しています。私は、ビデオベースのカウンセリングが対面サービスほど効果的ではないことも理解しています。

Client’s Initial:

1. **個人情報の秘密厳守について**

適切な個人情報の取り扱いにつき、TELL Counselingの全てのカウンセラーは所属する専門家団体(アメリカ心理学会、全米社会福祉士協会、アメリカ精神医学協会など)の倫理上及び職務上の指針に従い業務を行っています。

カウンセリングサービスのご利用に関する一切の情報はは秘密厳守され、ご本人から書面での同意がない限り、他に情報開示されることはありません。書面開示の場合、カウンセリングを受けているご本人のサインが開示同意書に必要となります。　TELL CounselingはTELLの一部署として運営されておりますが、カウンセリングのに関する情報は、TELLの他部署の職員が目にすることはありません。またその逆もありません。

カウンセリングを受けられているご本人またはその他の方に、何らか危害が及ぶ危険性があると判断した場合、また法律上適切と判断された場合には個人情報の保護は無効となります。このような場合ご本人及びその他の方を保護する為、適切な人物/機関に情報を開示する事があります。

TELL Counselingの個人情報ファイルは厳重に管理され、関係部署以外の職員が目にすることはありません。

Client’s Initial:

1. **予約及びキャンセルについて**

カウンセリングのキャンセルは予約の２４時間前までにお願いいたします。それ以降のキャンセルまたは時間変更は、カウンセリング料金の全額を請求させていただき、次回ご来訪時あるいはキャンセル後2週間以内にお支払いいただきます。

キャンセル及び予約：03-4550-1147までご連絡ください。不在の場合はメッセージをお残しください。

Client’s Initial:

1. **料金について**

カウンセリングの費用は、世帯収入によって定められています。世帯収入に変更があった場合には速やかにお知らせください。カウンセリング料金は50分セッションごとの全額をさします。

但し、事情によってはそれ以下の料金を一時的に定めることもあります。その場合、カウンセラーと話し合いの上、カウンセリング・ディレクターが承認した時のみ適応され、セッションの回数　は限られます。料金のお支払いに関しましては、一連のサービスが終わり次第、現金、クレジットカードあるいは、カウンセリングより30日以内に郵便振替、または銀行振込にてお支払いください。尚、お支払い方法の如何にかかわらずお支払い金額はいかに記載のセッション単価（税込）に基づきます。またクレジット決済の場合はさらに5％の取扱手数料が加算されます。

お電話でのご相談に先立ちまして、TELL Counselingではクレジットカード詳細と、引き落とし許可をお願いしています。お支払いは可能な限り銀行又は郵便振替でお願いしています。

Client’s Initial:

1. **サービスの品質について**

当カウンセリングサービスについてご満足いただけなかった場合は、TELL Counselingのディレクター又は理事長にその旨をご報告いただくことができます。

この同意は、日本の法律に従って説明、釈明、適応及び実施されます。この規約実施に対するいかなる行為、問題提議、又は関連するいかなる事項についても、東京地方裁判所に法的に請求されます。

**上記の点につきご理解いただきご同意いただける場合は、いかにご署名ください。**

カウンセリング料金（税込）：\　　　　　　　　　　　（1セッション/50分）

　　Client’s Initial:

ご署名（本人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付： ＿＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_\_＿＿

署名（カウンセラー）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 日付： ＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_\_＿＿

**Credit Card Details \*\*\*REQUIRED\*\*\***

**Card Type:** **☐ Visa** **☐ MasterCard** **☐ American Express** **☐ JCB** **☐ UFJ**

**Card Number:**

**Exact name on card:**

**Expiry Date (mm/yy):**    **/**

**Credit Card Security Code** (for validation purposes):

**Amount Charged** (consumption tax incl.) **¥**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per 50 min. session

This information will be contained within your confidential client file and destroyed at the termination of your counseling sessions.

I authorize TELL to use this credit card for counseling charges including but not limited to: standard session fees, group counseling, written reports, late fees, etc. I understand my credit card will be used to settle my outstanding balance in the event other payment methods or payment plans have not been provided. I have read and understand the information provided above, which has also been explained to me verbally. I have discussed it with TELL Counseling Center, and all of my questions have been answered to my satisfaction.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_