

未成年者単身による相談に関する同意書

保護者の未成年の子どもが、単独でクライアントとしてカウンセラーの中村道彦とオンライン形式で相談することに同意します。

また、クライアントとカウンセラーの間で話される相談内容を、保護者に開示することがないこと、さらに保護者は相談内容を聞き出すべくクライアントに圧力をかけないことを約束します。

ただし、相談内容がクライアントや他者の生命あるいは反社会的行為にかかわる可能性がある場合とカウンセラーが判断した場合には、カウンセラーはクライアントの同意をとることなく、保護者にその内容を伝えることを約束します。

相談内容が一般社会通念に照らして、相談行為として不適切なものになる場合には、カウンセラーが一方的に相談を中止し、その理由を保護者とクライアントに通知します。

以上のことに同意して、ここに署名いたします。

年 月 日

クライアント(現在年齢 歳) 氏名： _____

保護者(続柄) 氏名： _____

*保護者(続柄) 氏名： _____

保護者連絡先 携帯電話番号： _____

メールアドレス： _____ @ _____

*保護者が両親の場合には両親の署名を記入してください。