



カウンセリング承諾依頼書

_____年 _____月 _____日

主治医 _____ 先生御机下

私はカウンセリングスペースpazにおいて、カウンセリング・心理療法を希望しております。つきましては、カウンセリング実施についてご承諾いただけますようお願い申し上げます。カウンセリングの進捗や重要事項は必要に応じて報告し、必要に応じて主治医と連携し、指示を仰ぐ場合があります。なお、カウンセリングは医療行為ではなく、治療方針は主治医の指示に従います。以上についてカウンセリング実施に承諾して頂きますよう、よろしくお願いいたします。

希望者氏名 _____ 印 _____

住所 〒 _____

電話番号 (自宅 ・ 携帯) (_____) _____

_____年 _____月 _____日

カウンセリングの実施を承諾します。

医療機関名

主治医氏名