

同意書

1. QX-SCIO セッションは、医師などの有資格者による医学的治療の代替をするものではないことに同意します。
2. QX-SCIO セッションは、ホメオパシー療法ではなく、ホメオパスによる健康相談に取って代わるものではないことに同意します。
3. QX-SCIO セッションは、症状の改善や治癒を目的とするものではないことに同意します。
4. QX-SCIO は医療機器ではなく、従って医学的診断、治療には使用できないことに同意します。
5. 私は、自分もしくは家族が、医師などの有資格の専門家に相談することが必要であると判断した時は、それを実行することを約束します。
6. 医師から出された薬に関して、また今後薬をとることにしても、自分もしくは家族が判断し、責任をもつこととします。
7. 私は、QX-SCIO セッションの内容について、不用意に公表しないことを約束します。
8. 私は、QX-SCIO セッションのレポートに関し、QX-SCIO セッション中を除いては質問しないことに同意します。
9. 「QX-SCIO セッションのご案内」を読み、十分理解した上で、QX-SCIO セッションを受けます。
10. この同意書は、今後の QX-SCIO セッションにおいても有効とします。

私は「QX-SCIO セッションのご案内」を読み、十分理解した上で、上記の事項に同意します。

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

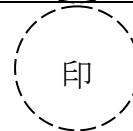
ご署名

(ご本人)



ご署名

(保護者)



※相談者が未成年者の場合は、保護者の署名・捺印もお願いします。

ご住所

※QX-SCIO セッションを希望する場合は、この同意書が必要となります。署名、捺印、必要事項をご記入の上ご提出ください。提出いただけない場合は、原則お受けできませんのでご了承ください。

※個人情報については、本同意書に同意頂いた旨の確認のみに使用させていただきます。

※QX-SCIO セッションに関する個人情報は、厳重に管理することを約束します。