

有料電話相談 月契約登録書

依頼者情報				
氏名 (保護責任者)	ふりがな			
氏名 (子ども)	ふりがな		年齢	性別
住所	〒			
ご連絡先	(電話番号)			
<p style="text-align: center;">【下記の確認事項をお読みのうえ、了承される場合は保護者サイン・または押印をお願いいたします】</p> <p>① 当協会に電話相談を依頼するにあたり、保護者と担当の通信に関する秘匿事項、または郵送物などを意図せずカウンセリング対象者に知られることによって生じうる問題に関して当協会は責任を負いません。</p> <p>② 有料電話相談はあくまでも現状の改善を試みることを目的としており、その効果を保障するものではありません。</p> <p>③ 有料電話相談は復学支援が目的ではありません。</p> <p>④ 有料電話相談で指示を行うにあたって想定されるリスクは必ず保護者に確認いたします。最終的な決定権と責任は保護者の方に委ねられます。</p> <p>⑤ 成果報酬等は一切請求いたしません。ただし月単位での契約の場合、契約期間途中で辞めることもできますが、1か月分のご請求となりますのでご注意ください。</p> <p>⑥ 月単位のご契約は毎月16日～翌月15日までの契約となり、月の途中から始められた方の初回請求は日割計算となります。</p> <p style="text-align: center;">これらのことをご了承したうえで有料電話相談を依頼します。</p>				
保護責任者サイン		印	(印)	

【ご注意】

※有料電話相談に関する注意事項は、本紙とともに同封している別紙にも記載されておりますのでご確認願います。

※承諾サインがない場合は契約を行うことができませんのでご注意願います。

【協会側記載欄】

これより下の欄には記入しないでください。

契約内容

加入承認日
年 月 日