ＳＳＴ参加の同意書

私は、ジョイフル心理相談室主催のＳＳＴ参加について、下記の注意点を理解して、同意します。

1）当会は、参加者の「個人情報」（名前、年齢、連絡先、住所、疾患名、体験談など個人を特定できる情報）の守秘に努めます。但し、次の３つの場合においては開示の可能性があります。
　① 法令により開示を求められた場合。
　② 参加者本人あるいは第三者の生命、身体又は財産の保護の為に必要がある場合。
　③ 統計処理などで個人識別が出来ない状態に加工された場合。

2）他のメンバーさんの「個人情報」（名前、年齢、連絡先、住所、疾患名、体験談など個人を特定できる情報）は、会外に持ち出さないでください（会外の人に告げないで下さい）。

3）会内の「呼び名」と「年齢」は参加者本人で決めて下さい。実名と実年齢の使用を避けたい方は「ニックネーム」「仮年齢」を使用して下さい。

4）会外で当会に関するお話しをされる場合（例えば、街中でメンバーさんに会ったとき）、個人情報が会外の者に漏れるかもしれない可能性を慎重に判断して下さい。当相談室は、会外の当事者間のトラブル発生について責任を持つことができません。

5）心身に心配な点等がある方は、担当者（佐藤友哉）に予めそのことをお知らせください。

6）現在、精神科・心療内科、或は心理相談機関をご利用されている方は、担当の医師や先生に当会参加についてご相談ください。

7）会中に気分・体調が悪くなった方は、遠慮せずに退室して休憩をとってください。隣部屋には休憩スペースがあります。

8）喫煙は、喫煙コーナーだけでお願いします。

9）参加主旨と異なる活動を会内で行わないで下さい（例えば、営利活動、宣伝活動、政治活動、布教活動など）。

10）当会についてのご質問は joushin@hotmail.com にてお応えします。

平成　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿