同意書

福井大学保健管理センター　殿

私は「福井大学保健管理センターの相談を利用する皆様へ」を読み、以下の内容を理解しました。

理解した内容について、チェックを入れてください。

- ☐ 1. 利用対象者
- ☐ 2. 提供している相談
- ☐ 3. 相談の枠組み
- ☐ 4. 遠隔相談(電話相談・Meet 相談)での注意事項
- ☐ 5. 電子メールを使った連絡等について
- ☐ 6. 相談内容の守秘
- ☐ 7. 相談記録
- ☐ 8. 研究活動
- ☐ 9. 予約の変更
- ☐ 10. 同意の撤回

以上の 1~10 以外のことについても、保健管理センターの相談に関して疑問や御不明な内容があれば、お気軽にお尋ね下さい。

同意日　　年　　月　　日

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）