

# カウンセリング確認承諾書 [発声障害・喉頭外傷・喉頭手術後]

名前：

生年月日：昭和 平成 年 月 日

住所：

電話番号：

病名：

発症日/負傷日/手術日：

通院病院：

## 確認承諾事項

- ・最初のカウンセリング(無料相談)では検査および施術は行わない。
- ・ボイスケアサロンは医療機関ではなく、発声力を高める施術(喉のリラクゼーション&フィジカルトレーニング)を行う場所である。【歌手や声優の発声力アップが主要目的】
- ・存在も動きも曖昧な発声関与筋ゆえ、相談/解説/検査/施術に保証も責務も負わない。
- ・検査で判別できない、施術が役立たないとわかった場合は、その旨を正直に伝える。
- ・ケガや手術後の声の改善には、相当の施術回数が必要であることを理解している。
- ・信頼できないと感じた、施術料金が高いと感じたら、当サロンを利用しないこと。

上記を確認承諾しました

署名

---