**TF-CBTコンサルテーション　参加同意書**

私は、下記の事項に同意した上で、TF-CBTコンサルテーションに参加いたします。

1. 本人および親権者などの同意を得た上でTF-CBTを実施します。
2. 本人および親権者などから書面で同意を得た上で、その治療内容をコンサルテーション時に供覧します。**兵庫県こころのケアセンターの研究に協力する場合は、TF-CBTの前後（約1ヶ月）に実施したアセスメントデータ（UCLA-心的外傷後ストレス障害インデックス（DSM-5版）、CGAS）を、当センターで実施する「TF-CBTコンサルテーションの効果研究」のために提供することについても、あわせて書面で同意を得ます。**
3. 治療内容を供覧するに当たって、所属する機関の長の承諾を得ます。
4. 治療内容を供覧する際には、匿名性に十分な配慮をします。
5. やむをえない理由がない限り、設定されたコンサルテーションに参加します。
6. コンサルテーションでのトレーナーの助言や議論をもとに、私の責任においてTF-CBTを実施いたします。
7. TF-CBT実施中に、本人や家族に何らかの有害事象が生じた際に、兵庫県こころのケアセンター、ならびに、TF-CBTトレーナーにはなんら責任が生じないことを理解しています。

令和　　年　　月　　日

所属

参加者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

**守秘義務に関する同意書**

私は、TF-CBTコンサルテーションに参加するにあたり、コンサルテーションで開示された個人情報に対する守秘義務を遵守し、如何なる方法をもってしても発表者の許可なく開示、漏洩、使用しないことに同意します。

令和　　年　　月　　日

所属

参加者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

**所属長の承諾書**

私は、下記の職員が、本人および親権者などから書面で同意を得た上で、その治療内容を兵庫県こころのケアセンターが開催するTF-CBTコンサルテーション時に供覧することを承諾いたします。

令和　　年　　月　　日

所属

参加者氏名

所属長氏名　　　　　　　　　　　　　　　印