

# 誓約書

私は思考変換療法を受けるにあたり、下記の事柄を遵守いたします。

一、私は、思考変換療法がリラクゼーションを目的にしたものであることを理解しています。

一、私は、思考変換療法が医療行為ではないことを理解しています。

一、私は、思考変換療法施術者に対して  
医療行為、または医療的治療や効果を期待しません。

一、私は、思考変換療法が医療従事者の行為の  
妨げにならないものであることを理解しています。

※医療従事者とは、医師・看護師・介護士・整体師・  
柔道整復師・はり・灸・按摩師等、国家資格を保有する者を指します。

一、私は、思考変換療法施術後、気分や体調に何らかの  
変化が訪れた場合は、速やかに医療機関にて  
診察を受けることを誓約いたします。

一、私は、上記の事柄に関して施術を受けることは自己責任であること、  
施術者には一切の責任を問わないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

住 所 -----

氏 名 -----

生年月日 昭和・平成 年 月 日 -----

電話番号 -----

メールアドレス -----