スーパービジョン契約書 ver４

BTCセンター（以下、「当センター」）では、スーパービジョン依頼者（以下、「スーパーバイジー」）にスーパービジョンに関する契約をお願いしております。以下の項目についてご確認いただき、内容を了解の上、ご署名ください。スーパーバイジーの同意を得てスーパービジョンを実施します。

1．当センターでの「スーパービジョン」はスーパーバイジーのケースに関して、認知行動療法の視点から指導助言を行います。

2．スーパーバイジーは、スーパーバイザーと定期あるいは不定期での予約日時にオンラインで対応いたします。ただし、スーパーバイザー、または当センターの都合により日程が変更になる場合があります。

3．原則として予約された日時の中でケース検討を行います。事前に送られてきた資料に可能な限り目を通しますが、コメントはスーパービジョンの中で行います。

4．スーパービジョンで知り得た情報について、スーパーバイザーはスーパーバイジーの了解がない限り、第三者に口外しません。しかしながら、スーパーバイジーの報告したケースにおいて、児童虐待など明らかに通報義務がスーパーバイジーに生じているにも関わらずこの義務を長期に履行しない場合は、社会的に妥当な時期に児童相談所等に直接通報する場合があります。

5．スーパーバイジーが酩酊や重大な約束違反、または多大な迷惑をスーパーバイザーあるいは当センターにかけるような事態が生じた場合、スーパービジョンの継続利用をお断りします。

6．スーパービジョンの内容を、当センターのスーパーバイザーがさらに上位のスーパーバイザーに相談し、指導を受けることがあります。その際、スーパーバイジーの名前、所属、住所など個人を特定できる内容は明かしません。

7．スーパービジョン記録は原則スーパーバイジーで保管ください。Dropbox の共有フォルダを用意し、提供する資料などのやりとりに使います。

8．匿名化したデータとして学会等に発表することをご了承ください。

9．スーパービジョンをよりよい方向に進めていくために、スーパーバイジーが望めば、録音•録画機器などでスーパービジョン場面を記録していただいてかまいません。記録したものはスーパーバイジーが振り返ることができるようにご自身で保管ください。

10．スーパービジョンのキャンセルについては、前日までにご連絡下さい。

11. スーパービジョンの開始時間に遅れた場合、時間の延長は原則致しかねます。

12 スーパービジョンの料金（1セッション６0分）は、一回限りの契約と半年間の契約方法があります。半年では、１例以上のケースの寛解を目標とします。時間内に何ケースでも相談は可能です。料金は下記のとおりです。

1. 単回の個人の場合、臨床経験4年以上の社会人 5500円（税込）、臨床経験4年未満の社会人及び大学院生 4400円（税込） です。
2. 半年間の個人契約では、１２ヶ月有効の１０回券44000円、６ヶ月有効の１０回券３３000円の２種類があります。受講の頻度に合わせてお使いください。
3. 医療機関などの施設単位でのスーパービジョン契約は施設内のグループスーパービジョンBコースとして何名でも参加可で行い、３ヶ月間有効の３回券が３３000円です。
4. 月一回のグループスーパーバイズ（1650円＠1名）に参加することもできます。契約終了後、引き続き継続希望の場合は改めてお申し込みください。

13．予約方法は、月・木・土のカウンセリング予約枠（9：00－19：00）の中から選ぶことができます。また、月曜から金曜は、20:30-22:30の間に予約枠があります。早朝の枠についてはご相談ください。回数券は期限内に使い切ってください。ご予約の管理はご自身にてお願いします。

14．病気やケガなどやむを得ない事情のために中断をする場合に届けていただければ、返金は致しませんが、回復後に中断期間分を延長して予約することができます。また、当センターの事情で予約をキャンセルした場合は、代替予約日を設定いたします。

15. 本契約内容は202５年８月1日より施行するものです。

113-0001文京区白山１－３３－８－８１７

BTCセンター代表 岡嶋 美代

（認知行動療法スーパーバイザー®）

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

※以下の【　】の該当箇所に◯印を入れて日程を書き込んでください。

1．単回契約　 【　】一回のみ

2．半年契約　　　西暦　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　【　】Aコース（個人契約）

 【　】Bコース（施設単位で複数名で、月に1-2回）

上記事項について、同意いたします。

　　　　　年　　　月　　　日

＜スーパーバイジー＞※Cコースの場合、施設代表者との契約とさせていただきます。

所　　属：

自宅（施設）住所：