様式１

仙台市いのちの支え合い事業利用に関する同意書

　私は、仙台市いのちの支え合い事業における相談支援を受けることに同意します。

また、私が　　　　　　　　　　　　　　に相談した内容を、

仙台市精神保健福祉総合センター（仙台市こころの絆センター）が収集することに同意します。

　　年　　月　　日

（宛先）　　仙台市精神保健福祉総合センター所長　あて

　　　　　　　居住地　　仙台市　　　区

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日　（　　）歳

　　　　　　　連絡先

　　　　　保護者（相談者が18歳に満たない場合のみ記載）

　　　　　　　居住地　　仙台市　　　区

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　続柄（　　）　（自署）

　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日（　　）　歳

　　　　　　　　連絡先