

## 仙台市●●支援事業利用に関する同意書

私は、仙台市●●支援事業における相談支援を受けることに同意します。

また、仙台市地域自殺対策推進センターが\_\_\_\_\_から

『相談受理票（案）』を情報収集することに同意します。

年 月 日

(宛先) (仮) 仙台市地域自殺対策推進センター長 あて

居住地 仙台市 区  
氏 名 \_\_\_\_\_ (自署)  
生年月日 元号 ( ) 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 元号 ( ) 年 月 日 ( ) 歳  
連絡先 \_\_\_\_\_