

# 親権者同意書

渋谷駅前カウンセリングルーム 御中

年 月 日

私(法定代理人親権者)は以下の未成年者が、貴室との間で、カウンセリングサービスに関する契約及びWAIS-IV等の検査に関する契約を締結することについてあらかじめ同意いたします。

## 未成年者

ふりがな  
お名前 印

生年月日 西暦 年 月 日

住所 〒

電話番号

## 法定代理人親権者①

ふりがな  
お名前 印

当該未成年者との続柄

生年月日 西暦 年 月 日

住所 〒

電話番号

## 法定代理人親権者②

ふりがな  
お名前 印

当該未成年者との続柄

生年月日 西暦 年 月 日

住所 〒

電話番号