

SALON 彩 sai 御中

## 病歴情報の提供についての同意書

私は、貴社の個人情報保護方針を読み、貴社からより安全なエステティックサービスの提供を受けるため**にのみ、法令に基づいて私の病歴情報(既往歴)を貴社へ提供することに同意いたします。**

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)