

ヘアサロンしのはら御中

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光脱毛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

⑩