

公益財団法人未来医療人育成財団
理事長 石見 陽 殿

個人情報取り扱いに関する同意書

私は、貴財団の「個人情報保護に関する基本方針」に基づき、貴財団
が私の個人情報を取得し、利用することに同意いたします。

令和 年 月 日

署 名

印