

株式会社メディカル・プリンシプル社 御中

同意確認書

私は、貴社の「採用における個人情報の取り扱いについて」の内容を確認した上で、貴社への個人情報の提供と、その利用について同意します。

日付:令和 年 月 日

住所:

氏名: 印