

1UPフォーミュラの処方に関する同意書について

一般社団法人1UP学会

1UPフォーミュラの処方に際し、下記の内容に同意します。

オールインワン薬局での処方を希望します。

1UPフォーミュラを受取代理人として一般社団法人1UP学会を指定し、必要となる個人情報を同学会へ提供することについて同意します。

※ご希望の配送先住所をご記載ください。

郵便番号:

住 所:

電話番号:

令和 年 月 日

氏名 _____