



年 月 日

ドクターリセラ ADS サロン移動届

ドクターリセラ株式会社 様

私は、ADS 初回セットを購入したサロンより移動することを希望します。移動するにあたり各条項を厳守します。

記

1. サロン毎で、施術内容、料金は違う事を理解します。
2. 商品購入・施術契約はサロン毎での契約であり、持ち越す事はできない事を理解します。
3. サロン移動を希望している旨、移動理由は移動前・後サロンへ報告されることを承諾します。
4. 肌の状態に関する事以外で、現登録サロンの情報を他サロンに漏洩しません。
5. サロン移動の理由が、やむを得ない理由と判断されてから履行される事を承諾します。

以上

お名前	(ご登録時の姓：) ※変更がある場合ご記入ください
ご住所	〒
電話番号	
移動前の登録サロン	(都・道・府・県)
移動理由	転居 ・ 結婚 ・ その他 ()

●個人情報の取り扱いについて

肌の状態などに関するフォローを受けるため、名前、住所、電話番号、メールアドレス、生年月日、使用アイテムなどは登録サロンとドクターリセラ株式会社に帰属することを同意します。

(※ドクターリセラ株式会社では、弊社が保管する個人情報に関して適用される法令、規範を遵守し、お客様より教えていただいた個人情報を適切に管理し、関連会社及びお客様の同意を得た会社以外に提供、開示等は一切いたしません。

お客様ご自身の個人情報に関する開示、登録内容を変更・訂正等を希望される場合には、合理的な範囲で速やかに対応いたします。また担当サロンを変更する際はドクターリセラ株式会社にご連絡ください。)

上記の内容に同意します。

年 月 日

氏名 _____ (自署)

●移動先サロン様記入欄

サロンコード：	サロン名：
---------	-------

こちらの用紙を下記へお送りください。確認でき次第、速やかに移動させていただきます。

※サロン移動完了後、ご登録のメールアドレスにサロン移動完了のご連絡をいたします。

【 FAX : 06-6990-4880 】 【 メール : ads-idou@dr-recella.com 】