

コンタクトレンズ同意書

池袋サンシャイン通り眼科診療所

TEL : 03-39816363

未成年(20歳以下)のため、親御様の許可が必要となります。

同意される場合は、下記にご署名をお願い致します。

令和 年 月 日

氏名

令和 年 月 日

保護者氏名

印