

## コンタクトレンズの処方についての同意書

池袋サンシャイン通り眼科診療所

T E L : 03-3981-6363

当院では未成年（18 歳未満）の患者様のコンタクト処方について、保護者様へ当書面の提出をお願いしております。処方に同意いただける場合は、下記にご署名をお願いいたします。

令和    年    月    日

（患者様ご氏名）

（保護者様ご氏名）

印