

コンタクトレンズの処方についての同意書

新宿東口眼科医院
東京都新宿区新宿 3-25-1
ヒューリック新宿ビル 9 階
TEL&FAX 03-5363-0507

当院では未成年(20 歳以下)の患者様のコンタクトの処方について、保護者様へ当書面の提出をお願いしております。処方に同意をいただける場合は、下記にご署名をお願い致します。

令和 年 月 日

(患者様ご氏名)

(保護者様氏名)

印