**≪　コンタクトレンズ処方に関する同意書　≫**

当院では未成年(18歳未満)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。

また、コンタクトの装着がご自身でできない場合は、コンタクトの処方はできません。

装着練習にお時間がかかる方は、再度後日、装着練習に来ていただきますのでご了承ください。

年　　月　　日

**まゆみ眼科・内科クリニック　医師　　岩間　真由美　　㊞**

私は、上記説明を受けて了解し、その実施に同意しました。

　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 印

保護者氏名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 印