

個人輸入同意書

有限会社ユニオンマネージメント 殿

私は、このたびの海外医薬品の個人輸入を依頼するにあたり、下記内容にて同意したことを証明します。

- ・自分自身の疾病治療にあたり、個人輸入する医薬品について担当医師から必要かつ適切な説明を受け、その趣旨(有効性または副作用等)を十分理解し、その医薬品の使用を承諾しました。
- ・個人輸入する医薬品は、担当医師が私の疾病治療に使用します。
- ・個人輸入する医薬品は、担当医師の指導の元で管理致します。
- ・個人輸入する医薬品について、自分自身の疾病治療にのみ使用し、他者への譲渡、販売は致しません。
- ・個人輸入する医薬品は、厚生労働大臣が安全等を保証した医薬品ではないので、使用により事故が発生した場合は、一切の責任を私自身が負うことに同意します。
- ・輸入通関時に税関より薬監証明の提出を求められた際は、担当医師より処方箋を取得して自分自身で対応いたします。
- ・薬監証明の提出ができず通関できない場合は、返送されてもその責任を貴社に求めません。

医薬品名： [同意書]カバージェクトインパルス 10mcg 1箱 1本入り

注文数量： 箱

同意日： 令和 年 月 日

住所 _____

連絡先電話番号 _____

※必ず上記の注意事項をご確認の上、自筆のご署名(フルネーム)をお願いいたします。

署名： _____ 印