

個人輸入医薬品使用に関する同意書

オオサカ堂 殿

私は、この度の海外医薬品の個人輸入にあたり、下記内容に同意したことを証明します。

個人輸入する医薬品は、自分自身の疾病治療のため、担当医師から必要かつ適切な説明を受け、その趣旨(効能及び副作用等)を十分理解した上で、その医薬品を使用することを承諾しました。

- ・個人輸入する医薬品は、担当医師の元で管理されます。
- ・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、厚生労働大臣が安全等を保証した製品ではないため、万一、事故が発生した場合は、一切の責任を輸入者自身が負うことに同意します。

注文番号: _____

医薬品名: _____

担当医師名: _____

病院名: _____

患者住所 _____

患者連絡先電話番号 _____

同意日: 年 月 日

署名(患者): _____ ㊞

(必ずフルネームで記入、印鑑もしくは拇印必須)

FAX 送付先 : **+66-2-168-1438(国際 FAX)**

※国際通話料金がかかります。

※国際 FAX の方法は、国際電話をかける場合と同じで

国際電話識別番号(001, 0061, 0041 など)の後に上記の番号を入れてください。