

個人輸入医薬品使用に関する同意書

KAIGAI-DRUG 殿

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

- ・自分自身の疾患治療にあたり、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など)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、担当医師が私の疾患治療に使用します。
- ・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、厚生労働大臣が安全を保障した製品ではないので、使用により事故が発生した場合は、一切の責任を輸入者自身が負うことに同意します。

医薬品名: _____

注文番号: _____

同意日: 年 月 日

患者住所: _____

患者連絡先電話番号: _____

署名(患者): _____

(必ずフルネームでご記入ください、印鑑もしくは捺印は必須とします)

Eメール送付先: info@kaigai-drug.com