# 個人輸入医薬品使用に関する同意書

彩香　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（効能及びに副作用等）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、日本国内の病院勤務の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。
・個人輸入する医薬品の輸入通関時に、税関より輸入確認証（旧薬監証明）など必要書類の提出を求められた
　場合は、私、輸入者が自分自身で対応します。

注文番号：□□□□□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□

注文品名 1：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　数量：＿＿

注文品名 2：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　数量：＿＿

注文品名 3：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　数量：＿＿

※【同意書送付のお願い】のメール内に記載されているご注文商品名、数量を**省略せず**にご記入ください。
※同意書商品を 4 商品以上ご注文のお客様は、もう一枚印刷のうえ、2 枚目以降にご記入ください。

担当医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注文者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注文者電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意日：　　　　年　　月　　日
署名（注文者）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
（必ずフルネームで記入、印鑑もしくは拇印必須）

FAX 送付先： **+66-2-026-6357（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。

**記入例**

# 個人輸入医薬品使用に関する同意書

彩香　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（効能及びに副作用等）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、日本国内の病院勤務の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。
- 個人輸入する医薬品の輸入通関時に、税関より輸入確認証（旧薬監証明）など必要書類の提出を求められた場合は、私、輸入者が自分自身で対応します。

注文番号：XXXXXXXXXXX-XXXXXXXX-XXXX　※誤りが無いかご確認をお願いいたします

注文品名 1：[Avene]ミネラルクリーム SPF50+【1 本 50ml】: 1 本　数量：1

注文品名 2：ドクターズファーマシーのマルチビタミン 180 粒【1 袋 180 粒】　数量：1

注文品名 3：モリンガカプセル(Moringa Capsule)【1 本 100 カプセル】:1 本　数量：2

※【同意書送付のお願い】のメール内に記載されているご注文商品名、数量を**省略せず**にご記入ください。
※同意書商品を 4 商品以上ご注文のお客様は、もう一枚印刷のうえ、2 枚目以降にご記入ください。

担当医師名：日本国内病院の担当医師名（フルネーム）を記入してください

病院名：日本国内の病院名（正式名称）を記入してください

注文者住所：ご自宅住所を記入してください

注文者電話番号：ご自身の電話番号を記入してください

同意日：　2024 年　3 月　1 日　※記入日を記載してください

署名（注文者）：山田　タロウ　山田

（必ずフルネームで記入、印鑑もしくは拇印必須）

FAX 送付先：**+66-2-026-6357（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。