

## 同意書記載例

※必ずご自筆での記載を頂けますようお願いいたします。  
未記入や自筆以外での記載の場合は不備とさせていただきます。

必要項目にご記入の上、FAXしてください。

(フリガナの記入漏れなどには特にお気をつけください。)

①同意書の記入日を記載してください

同意日 2017 年 5 月 17 日

お問い合わせ電話番号：0120-800-728

IP 電話等からは：050-5533-2555

②輸入者(=お届け先)のご情報を記載してください。  
捺印をお忘れのないようお願い致します。

|                        |                          |               |
|------------------------|--------------------------|---------------|
| 郵便番号                   | フリガナ                     | カナ            |
| 210-0000               | カナガワケンヨコハマシ〇〇チョウ         |               |
| ご住所                    | 神奈川県横浜市〇〇町1-1-1 〇〇ハイツ101 |               |
| 県名からご記入ください            | 号室                       |               |
| フリガナ                   | デジタル タロウ                 | お電話番号         |
| お名前                    | デジタル 太郎                  | 050-5533-2555 |
| (必ずフルネームでご記入ください、捺印必須) | 性別                       | ご年齢           |
|                        | 男 ・ 女                    | 40 歳          |

| 注文番号  | 医薬品名と数量            |
|-------|--------------------|
| 52000 | ボトックス 100unit x 3個 |
|       |                    |
|       |                    |

③ご注文確認メールに記載されているご注文番号、商品名を記載してください

私は、このたびの海外医薬品の個人輸入にあたり、下記内容に同意します。

- ・ 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等を保証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。
- ・ 通関時に厚生局発行の薬監証明を請求される可能性と発給要件を理解し、薬監証明が取得できない場合は医薬品が廃棄されることに同意します。

# 個人輸入同意書

デジタルインフォメーションサービス  
日本語カスタマーサポートセンター  
**FAX 番号 : 050-5533-2556**  
お問い合わせ電話番号 : 0120-800-728  
IP 電話等からは : 050-5533-2555

必要項目にご記入の上、FAXしてください。  
(フリガナの記入漏れなどには特にお気をつけください。)

同意日                      年                      月                      日

|                              |  |             |          |
|------------------------------|--|-------------|----------|
| 郵便番号<br>□□□-□□□□             |  | フリガナ<br>ご住所 |          |
| 県名からご記入ください                  |  | 号室          |          |
| フリガナ<br>お名前                  |  | お電話番号       |          |
| 捺印<br>(必ずフルネームでご記入ください、捺印必須) |  | 性別<br>男 ・ 女 | ご年齢<br>歳 |

| 注文番号 | 医薬品名と数量 |
|------|---------|
|      |         |
|      |         |
|      |         |

私は、このたびの海外医薬品の個人輸入にあたり、下記内容に同意します。

- ・ 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等を保証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。
- ・ 通関時に厚生局発行の薬監証明を請求される可能性と発給要件を理解し、薬監証明が取得できない場合は医薬品が廃棄されることに同意します。