

令和 年 月 日

公益財団法人日本アレルギー協会
抗原研究会 殿

ALK Abello 社製品 輸入要請書

住 所 〒 _____

施設名 _____

科 名 _____

要請者氏名 _____ (印)

TEL _____

私は、ALK Abello 社製品を医師個人用に使用するため下記のアレルゲン製品の輸入を要請いたします。なお、使用に際しては抗原研究会規程に従います。

製品コード	品 名	種 類	濃 度	容 量	数 量
		診断用			
		治療用			
		診断用			
		治療用			
		診断用			
		治療用			
		診断用			
		治療用			
		診断用			
		治療用			
通信欄および備考					

注意点

1. 品名、種類、濃度、数量が不明の場合は発注が出来ません。
2. ALK Abello 社のリストで確認のうえ記入してください。
3. 未承認の医薬品です。保険請求は出来ません。