

[別紙第1号様式]

1号様式は2枚提出です。

※ 必ず2枚お送り下さい。

※ コピー不可。

コピーは受け付けてもらえません。

※ (医薬品)輸入報告書

日付は記入しないで下さい。

令和 年 月 日

厚生労働大臣殿

記入して下さい。

輸入者(受取人)氏名(法人に

あつては名称及び代表者の氏名) 医師名

印

住所(輸入者個人の住所)

医療機関(貨物の送付先)の名称

同所在地 〒

個人の住所のみ記入不要

捺印して下さい。

担当者名 佐藤 清 電話(03)3222-3437

Eメール allergen2014@jaanet.org

品名	数量	業許可等の有無
品名・数量は記入しないで下さい。		<input type="checkbox"/> ※ () 製造販売業 <input type="checkbox"/> ※ () 製造業 <input type="checkbox"/> 毒劇物輸入業
輸入の目的	①治験(企業)用、②臨床試験(医師)用、③試験研究・社内見本用、 ⑤個人用、⑥医療従事者個人用、⑦再輸入品・返送品用、⑧自家消費用、 ⑨その他()	
誓約事項	<input checked="" type="checkbox"/> 上記輸入の目的のために使用するもので、他に販売、貸与又は授与するものではありません。 <input checked="" type="checkbox"/> (個人用又は医療従事者個人用の場合)厚生労働省ホームページの「個人輸入において注意すべき医薬品等について」を輸入前に確認し、輸入後も随時確認します。 <input type="checkbox"/> (試験研究・社内見本用の場合)人又は人の診断の目的には使用しません。	
製造業者名及び国名		
ALK Abello, Inc / USA		
輸入年月日	AWB、B/L等の番号	到着空港、到着港又は蔵置場所
備考	(再輸入品・返送品用の場合)再輸入・返送に至った理由及び今後の措置について記載すること。	
厚生労働省確認欄	特記事項 厚生労働省 関東信越厚生局 近畿厚生局 薬事監視専門官 毒物劇物監視員	

チェックをしないで下さい。

(注) 1. ※ () 欄には、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品、毒物、劇物の別を記入すること。
 2. この様式の大きさは日本工業規格A4とすること。