

[別紙第 1 号様式]

※ () 輸入報告書 (Import Report of Medication)

____ / ____ / ____
(Year) (Month) (Date)

(To Minister of Health, Labour and Welfare)
厚生労働大臣 殿

Name of Importer _____
Importer's Signature _____
Address of Importer _____

Phone Number _____
Fax Number _____
e-mail _____

品 名 (Name and Size of the Import Products)		数 量 (Quantity)
輸入の目的 (Purpose of Import)	<input type="radio"/> ⑤ For Personal Use <input type="radio"/> ⑨ Other Purpose ()	
誓約事項 (Oath)	<input type="checkbox"/> The import products above are solely for the purpose of import above, not for commercial use and/or gift for others.	
製 造 業 者 名 及 び 国 名 (Name of Manufacturer and Country of Origin)		
輸 入 年 月 日 (Import Date / Arrival Date)	AWB、B/L 等の番号 (AWB No. , B/L No. or Flight No.)	到着空港、到着港又は蔵置場所 (Arrival place (Airport, port or Storage place))
____ / ____ / ____ (Year) (Month) (Date)		
備考	(Note)	
厚生労働省 確認欄	特記事項 厚生労働省 厚生局 薬事監視専門官 毒物劇物監視員	



