個 人 輸 入 同 意 書

メデマート　殿

私は、このたびの海外医薬品の個人輸入にあたり、下記内容にて同意したことを証明します。

・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。
・医師の処方せんまたは指示書に基づき必要な手続きを必ず行います。
・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、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。

医薬品名：DNSローラー 0.25mm ／ 0.5mm

数量：　　本

注文番号：

同意日：　年　月　日

患者住所

患者連絡先電話番号

署名（患者）：　　印
（必ずフルネームでご記入ください、捺印を必須とします）