

FAX : 03-3256-9171

サリドマイド包装規格単位の申告書

SMUD 事務局担当者御中

当社で取り扱う個人輸入されるサリドマイドの包装単位の規格は以下の通りですので申告いたします。

(記入例に従って、製品名、規格・含量、包装単位、原産国(発送国)、製造元会社名(販売元会社名)を記入し、剤形に関しては、カプセルの場合は Caps、錠剤の場合は Tabs に○をつけて下さい。)

製品名	規格・含量	包装単位	剤形	原産国 (発送国)	製造元会社名 (販売元会社名)
(記入例) TALIDEX	25 mg	30	Caps ○ Tabs	イギリス	Alan Pharmaceuticals
	mg		Caps Tabs		
	mg		Caps Tabs		
	mg		Caps Tabs		
	mg		Caps Tabs		
	mg		Caps Tabs		
	mg		Caps Tabs		

記載日： 年 月 日

申告者所属企業部署名： _____

申告者署名(自署)： _____

〒

連絡先住所： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

連絡先メールアドレス： _____ @

(確認用)

連絡先メールアドレス： _____ @

上記ご記入いただき、SMUD 事務局宛に FAX にて送信してください。
ご協力ありがとうございました。

SMUD 事務局(日本医薬品安全性研究ユニット内)
〒113-0034 東京都文京区湯島 1-2-13-4F
FAX: 03-3256-9171