

ご注文日	年	月	日		
ふりがな		ふりがな			
輸入医院名		医師名		役職	



※弊社で初めてご注文される先生のみご記入ください。(過去に弊社で購入したことがある先生はご記入不要です)
※初めてのご注文時は医師免許状を、この注文用紙と同時にFAX送信してください。

医師免許番号 *	第	法人名 *
医療機関所在地 *	〒	
電話番号 *		FAX番号 *
ご連絡担当者 *	ふりがな	E-mail *



注文商品記入

商品名	商品番号	単価	注文数

- : 初ご注文時はwebの「お取り引きの開始に当たって」をご覧ください。
- : 商品のお届けは、輸入医師が勤務する「医療機関のみ」となります。
- : 上記金額とは別に消費税と国際郵送料（3個ごとに4080円～5000円）が必要になります。

この注文用紙提出を持って貴医院は、レクラン台湾に対し、以下輸入申請書作成および印鑑管理に関することについて同意することといたします。

医薬品等の輸入時に厚生労働省へ提出する一連の輸入申請書類の作成を委託いたします。
また、輸入申請書所定箇所への捺印も合わせてレクラン台湾に委託し、当該書類作成以外に使用しないことを条件にレクラン台湾にて私の医師免許の写し、及び印鑑を保管することを承諾いたします。

受領確認印