

Hạng mục quan trọng cần chú ý

1. Giấy tờ tùy thân



2. Giấy chứng nhận chẩn đoán

一般診斷證明書
CERTIFICATE OF DIAGNOSIS

編號 Certificate No. _____

姓名 Name	性別 Sex	出生日期 Date of Birth
國籍 Nationality	護照號碼/身分證號碼 (per ID Card)	醫療機構/診所號 (Clinic No.)
住址 Address	診察日期 Date of Examination	診療科別 Department

診斷 Diagnosis

醫師 Doctor's Comment

醫師院所名稱 醫師姓名(英文)

醫師 醫師醫師 M.D.
Superintendent Certified by Attending Physician

日期 Certificate Date: _____

3. Giấy cam kết thuốc sử dụng cho cá nhân

Assurance Statement of Drug Application for Personal Use

I, _____, for the reason of personal use, intend to apply for the import of the following drug(s).

(Please indicate item information in details, eg. xxx 200 tab/bottle, 1 bottle)

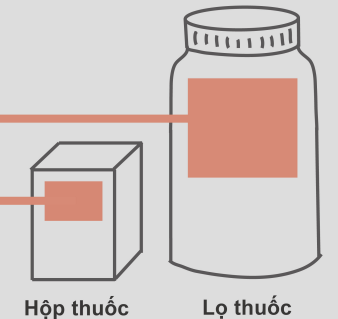
This Statement, hereby, assures proper utilization of the product in concern.

Note:

- If the product is approved for personal use, it will be subject to regular auditing by the Department of Health and local health authorities.
- Since the product imported is not licensed in Taiwan, drug relief regulation doesn't apply in case of adverse drug reaction. The applicant, as well as prescribing physicians, must be responsible for the safety of the product. Due precaution is advised before making the application.
- The applicant should guarantee strict personal use of the product which is not intended for sale, transferal, or any other indications.

Signature of the applicant: _____
Identification number / passport number: _____
Telephone: _____
Contact address: _____
Date: (mm/dd/yyyy)

5. Bên ngoài vỏ thuốc, Tờ thuyết minh, sách hướng dẫn sử dụng hoặc mục lục



Trọng điểm 2

Liệt kê chi tiết mặt hàng thuốc, tên gọi thuốc, đơn vị tính thuốc và số lượng so với với dự định thuốc mua giống nhau.

| Ghi chú 2 | Ghi chú 3 | Ghi chú 4

4. Đơn thuốc của bác sĩ kê khai

[Insert Doctor's Name], MD
Internal Medicine and Infectious Disease

Clinic schedule by appointment Hospital Affiliation
[Insert Address] [Insert Affiliation Name]
[Insert Affiliation Name] Department of Medicine
[Insert operating hour below if applicable]
Monday and Thursday - 9 pm to 4 pm
Wednesday - 10 am to 12 noon
Saturday - 9 am to 12 noon
Phone No. - [Insert numbers] Email: [Insert doctor's email]

Patient's Name: [print AND written as passport shows]
Passport number: [written]
Age/Sex: [written] Date of Birth: [written]

Rx:
1) Efavirenz / Lamivudine / Tenofovir 600mg/300mg/300mg/tablet # [insert] bottle(s)
Sig: One (1) tablet by mouth once daily
Quantity: 30 tabs/bottle (please specify quantity, it's very important)

Mộc bệnh viện Mộc bác sĩ

Trọng điểm 3

Đơn thuốc kê khai của bác sĩ phải có đóng mộc của bệnh viện và mộc của bác sĩ.

| Ghi chú 5 | Ghi chú 6

Trọng điểm 1

Cách viết họ tên và thông tin phải tương đồng với giấy tờ tùy thân

| Ghi chú 1