

平成 年 月 日

日本アレルギー協会  
抗原研究会 殿

Hollister-Stier社製品輸入要請書

施設名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL: - - \_\_\_\_\_

科名 \_\_\_\_\_

要請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、Hollister-Stier社製品を医師個人用に使用するため下記のアレルゲン製品の輸入を要請いたします。なお、使用に際しては抗原研究会の規約に従います。

(いずれかに○印)

品名	種類	区分	製品コード	濃度	容量	数量	備考
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
	診断 皮内 スクラッチ	gly					
	治療用	non-gly					
通信欄							

注意点

- 1.品名、種類、濃度、数量、が不明の場合は発注できません。
- 2.ホルスター社のリストで確認のうえ記入してください。
- 3.未承認の医薬品です、保険請求はできません。