

申 請 書

一、申請人資料

姓名：_____ 性別：男 女 身份證字號：_____

出生年月日：____年____月____日 電話：_____ 手機：_____

戶籍地址：_____ 通訊地址：_____

二、委託檢驗項目：(請勾選)

1. 中藥摻西藥 2. 一般西藥 3. 化粧品含汞
4. 其它：_____

三、送驗藥品資料

(一)藥品來源：(請勾選)

1. 中、西醫診所 2. 中、西醫藥房 3. 中草藥店 4. 民宅
5. 國術館 6. 廟宇神壇 7. 直銷或郵購 8. 其他_____

(二)藥品名稱：_____ 或不知名稱

(三)購藥店名：_____ 電話：_____

(四)購藥地點：_____

(五)購藥時間：____年____月____日

四、送驗藥品主治作用類別：(請勾選)

1. 感冒 2. 健胃止瀉 3. 保肝類 4. 跌打損傷類
5. 減肥類 6. 腎臟類 7. 抗癲癇 8. 風濕鎮痛類
9. 類固醇類 10. 痛風及尿酸過高類
11. 支氣管擴張及氣喘 12. 冠狀血管擴張類
13. 消炎及抗生素類 14. 抗過敏類
15. 精神安定劑 16. 止痛劑 17. 維他命類
18. 小兒驚風散 19. 其它：_____

五、服藥方式：

每日服用_____次，每次_____包(或_____顆、_____CC)

六、檢附證件：

申請人身份證影本 委託書及委託人身份證影本 購買憑證

申請人簽章：

中 華 民 國 年 月 日

切 結 書

具結人 _____ 茲向貴局申請檢驗所提供之 藥品 化粧品

，產品名稱：_____ 或【不知具體名稱】確實係由本人 年 月 日在 縣(市) 鄉鎮市(區)

路(街) 段 巷 弄 號 樓
向 _____ 藥房、公司
中醫診所

購得【或取得】該藥品【或化粧品】，包裝盒並無經過調換且內容物無污染或自行摻雜其它產品，以上所述具實，如有不實，願意自行負應當之法律責任。

此 致 屏東縣政府衛生局

具切結書人簽章：

身份證字號：

連絡地址：

中 華 民 國 年 月 日