

衛生福利部食品藥物管理署
Food and Drug Administration, Ministry of Health and Welfare
輸入藥品查驗申請書
Application Form For Import Drug Inspection

申請書號碼
Application No. _____
受理日期時間
Application Date _____
報驗代理人
Application agent _____
進口日期
Import Date _____
國外出口日期
Exit Date _____
報驗義務人
Applicant _____
報驗義務人(統一編號)
Applicant, coded _____
報驗義務人中文地址
Applicant Address _____
報驗義務人電話
Applicant TEL. _____
報驗義務人電子郵件
Applicant E-mail _____
藥品許可證或同意函簽審文件編號

藥品許可證被授權人

藥品許可證被授權人統一編號

製造廠名稱及代碼
Name of Manufacturer, Coded _____
製造廠地址
Address of Manufacturer _____

報單號碼/項次
Goods Declaration & Item _____
貨品分類號列
C.C.C. Code _____
品名(中英文)
Description of Goods _____
生產國別
Country of Origin _____
牌名(商標)
Brands _____
成分
Name of API _____
規格
Specification _____
劑型
Pharmaceutical form _____
(報驗/內裝/報單)數量(含單位)
Quantity _____ / _____ / _____
淨重
Net Weight _____
輸入價格
C.I.F. _____ 幣別 _____
製造日期及批號
Manufacturing Date and Lot No. _____
有效日期
Expiration Date _____
貨品存置地點或代碼
Location of goods, coded _____
起運口岸及代碼
Place of Loading, Coded _____

收費欄	收費類別	審查費		現場查核費(一)		現場查核費(二)		通知書費		檢驗費	
	金額										
	繳款書或收據號碼										
	收費員蓋章										

補收費用欄	實際結匯金額(C.I.F.)U.S.\$ _____	補收金額 U.S.\$ _____
	應收檢驗費 N.T.\$ _____	補收檢驗費 N.T.\$ _____

收件人：

審查人：

取樣人：(同審查人免蓋)

科長：

開件數：

條碼列印處