

【Kaimax】

医師の個人輸入依頼書

【2025.6】

FAX : 03-5926-4070 / Mail : info@hamint.net

下記の通り、商品の輸入を依頼致します。

依頼日： 年 月 日

ご施設名：

輸入医師名：

ご所在地：

ご担当者様名：

TEL：

FAX：

E-mail：

ご依頼から1ヶ月以内の休診日等：

(保冷での発送となりますので受け取り不可日をご記入下さい)

【重要】※ご提出いただきました輸入医師の現住所にご変更がある場合は、必ずお知らせください。

ご確認ください

↓ ✓

輸入医師の現住所に変更がないことを確認しました。□

【Kaimaxキャンペーン価格】2025.8.31まで

重要事項 キャンペーン価格（2025年8月31日まで）終了後は、以下の点が変わります。

- 10vialおよび20vialの販売は終了し、30vial以上からのご依頼を承ります。
- 30vialおよび40vialご依頼時の単価・価格が変わります。

製品	数量	単価	特別価格	ご依頼✓	※ご参考 ご提出目安同意書枚数
 Kaimax 100Unit	10 vial	¥4,000	¥40,000		5~10枚
	20 vial	¥4,000	¥80,000		10~20枚
	30 vial	通常 ¥5,400 のところ↓ ¥4,000	¥120,000		15~30枚
	40 vial	通常 ¥5,300 のところ↓ ¥4,000	¥160,000		20~40枚
	50 vial	¥4,000	¥200,000		25~50枚
	100 vial	¥3,900	¥390,000		50~100枚

上記代金 + 送料 (一律) : ¥14,000 + 送金手数料 : ¥2,000 の合計額に消費税 (10%) ががかかります

* ご依頼時は同意書のご提出をお願いします。(表内の必要枚数をご参考下さい。)

* 商品は医師の個人輸入での手配となります。手続きは弊社で代行し、輸入消費税は弊社が負担致します。

* 製品の発送後のキャンセル及び返品は医薬品医療機器等法に抵触致しますのでお受け致し兼ねます。

* お振込み手数料は貴院にてご負担くださいますようお願い申し上げます。

* 納期は同意書のご提出とご入金の確認後 3 週間前後となります。

(時期によって異なりますのでご依頼時にお尋ね下さい)

株式会社 **HaMint** (ハミント)

TEL : 03-5995-9290

Mail : info@hamint.net