① ●● HOSPITAL
●●●●●●●●●●●●●●●●
Tokyo ●●●-●●●● JAPAN
TEL: +81-03-●●●●-●●●●　　FAX: +81-03-●●●●-●●●●
E-mail: ●●●●●●●●●@●●●●●●●●●.jp

NAME:　（氏名）
SEX:　（性別）
ADRRESS:（住所）
DATE OF BIRTH:（生年月日）

To whom it may concern,

Mr. ○○○ carries the following items for his growth hormone deficiency treatment.

②growth hormone deficiency: 疾病名

③1. Somatropin（human）【5.3mg・12mg/vial】: 薬剤名
2. Genotropin Inj. 5.3mg・12mg : 商品名
3. A pen type syringe（injector）: 注射器
□Genotropin Pen G5.3・G12
□Genotropin GoQuick Ing. 5.3mg・12mg
□Others
4. disposable needles（Ex: nanopass 33G）
（Ex: TERUMO CORPORATION）: 注射針

The amount of vaials & needles depends on travel length.
(3.5mg injections/week)
They are solely for personal use, and they contain NO narcotics.
Regarding use needles, he will bring back to ●●●● hospital in JAPAN for disposal.

④Physician's Signature
医師によるサイン