



百特腹膜透析腎友海外送貨申請單-團體旅遊-

腎友姓名：_____ 英文姓名：_____

所屬醫院：_____ 所屬醫院英文名稱：_____

主治醫師：_____ 主治醫師英文姓名：_____

*前往國家/團體：_____ *日期：_____年_____月_____日~_____月_____日

*此次旅遊將分_____次送貨，每次配送每一個品項必須成箱

*送貨日期：1)_____月_____日、2)_____月_____日、3)_____月_____日、4)_____月_____日

*送貨地址 1)_____收件人/電話_____

2)_____收件人/電話_____

3)_____收件人/電話_____

4)_____收件人/電話_____

*隨團連絡人：_____電話號碼：_____

配送品項/數量：

配送梯次		1)	2)	3)	4)	備註
Dianeal						
PD2 一般鈣	1.5%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
	2.5%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
	4.25%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
PD4 低鈣	1.5%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
	2.5%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
	4.25%	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
Extraneal		<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	
Nutrineal		<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> L	

其他隨同第一次配送品項/數量：mini cap 箱、其他：_____

備註：本人願意負擔下列情形：

1. 要求緊急送貨(需緊急出發或於海外需緊急追加),所產生之費用須自行負擔。
2. 因個人因素無法前往，自行負擔已出貨之透析液。
3. 緊急返國，僅使用部份透析液，所剩餘之透析液，須自行負擔。
4. 腎友於海外需臨時追加透析液時，須自行負擔透析液之費用。

腎友簽名：_____ 日期：_____

請與醫護人員討論後填寫，並傳真：(02)2739-1355 百特公司客服中心

TEL：(02) 2378-0686

* 請旅行社統籌安排&填寫