

伯利兹 (2014年6月18日)

| 所需证明文件 (即经执业医师或受权卫生主管部门 签发/批准的证明文件) | 限制 (即质量和 (或) 数量方面的限制) | 国家主管部门 (如需了解进一步详情, 请与国家 主管部门联系) |
|---|---|--|
| a) 有效的医生处方 <input checked="" type="checkbox"/> b) 经居住国卫生主管部门核准的医生证明 <input type="checkbox"/> c) 由目的地国卫生主管部门签发的证明 <input checked="" type="checkbox"/> d) 向目的地国海关出示原始处方 <input checked="" type="checkbox"/> e) 如有其他类型的文件, 请予说明 <input type="checkbox"/> _____ _____ | 天数 / 数量/剂量 麻醉药品 <input type="text" value="30 天"/> 精神药物 <input type="text" value="30 天"/> 被禁药物清单。如有被禁药物, 请予注明 _____ _____ 其他信息 | Name: Director of Health Services Address: Third Floor East Block Building, Belmopan Tel.: 822 0809 (501) Fax: 822 2942 (501) E-mail: dhs@health.gov.bz |