

国家: 塞舌尔 (日期: 2013 年 12 月 4 日)

所需证明文件 (即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)	国家主管当局 (欲知进一步详情, 请与国家主管当局联系)																								
a) 有效的医学处方 b) 居住国卫生主管部门核准的医生证明 c) 目的地国卫生主管部门签发的证明 d) 向目的地国海关出示原始处方 e) 如有其他类型的文件, 请说明 _____ _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>天数</th> <th>/</th> <th>数量/剂量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>30 天</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>精神药物</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>90 天</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>被禁药物名单。如有被禁药物, 请注明</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>氟地西洋</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>其他信息</td> </tr> </tbody> </table>	天数	/	数量/剂量	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		30 天	<input checked="" type="checkbox"/>		精神药物	<input checked="" type="checkbox"/>		90 天	<input type="checkbox"/>		被禁药物名单。如有被禁药物, 请注明			氟地西洋			其他信息	Name: Lucile de Comarmond Ministry of Health Address: P.O. Box 52, Victoria Mahe Tel.: (248) 438 8000 Fax: (248) 432 3618 e-mail: lucile.decomarmond@health.gov.sc
天数	/	数量/剂量																								
<input checked="" type="checkbox"/>																										
<input checked="" type="checkbox"/>		30 天																								
<input checked="" type="checkbox"/>		精神药物																								
<input checked="" type="checkbox"/>		90 天																								
<input type="checkbox"/>		被禁药物名单。如有被禁药物, 请注明																								
		氟地西洋																								
		其他信息																								