**ANNEX E: VETERINARY DECLARATION**

*Please submit to* *hiroko.aida@tokyo2020.jp* *before 24th May 2021*

*Please cc* *fiona@peden.co.uk*

Attachment 2

**Commitment Form（案）**

Date: date/month/year

To the Director of Animal Products Safety Division

**Veterinary　Medicinal　Products（Drugs, Quasi-Drugs and Medical Devices for Veterinary Use）to be Brought into Japan**

The drugs, quasi-drugs and medical devices for veterinary use to be brought into Japan as treatment for the member animals of our national delegation in

 (name of national sports event)　　　　　 　are listed in the documents attached to this paper (Attachment 1).

Furthermore, I declare that the following articles shall be strictly observed concerning the importation of the items concerned:

1. The drugs, quasi-drugs and medical devices for veterinary use to be brought into Japan will be used on my responsibility for the purpose of diagnosis, remedies and prevention of diseases exclusively for the member animals of our delegation, and none will be sold or transferred to others.

2. Before our delegation leaves Japan, I will report on the number of used, unused or disposed drugs, quasi-drugs and medical devices for veterinary use to the Director of Animal Products Safety Division.

3. After the competitions, all unused drugs, quasi-drugs and medical devices for veterinary use that were brought into Japan will be disposed or taken back home.

 **Name of Delegation:**

 **Name of Representative:**

 **Name of Veterinarian:**

 **Signature (Veterinarian)**

 **Address in Japan:**

 **Tel:**

 **Fax:**

**e-mail:**

別紙２(和訳)

誓約書（案）

　　年　　月　　日

農林水産省消費・安全局

畜水産安全管理課長　殿

**日本に持ち込む動物用医薬品等（動物用医薬品、医薬部外品及び医療機器）について**

（国際スポーツイベント名）に当たり、当団体一員の動物の診療用として、日本へ持ち込む動物用医薬品等を別添の一覧表（別紙１）に記載します。

なお、持込み品に関しては、下記事項を厳守することを誓約いたします。

1. 日本に持ち込む動物用医薬品等は、当団体の動物への病気の診断、治療及び予防の目的のみに使用するとともに、使用に関わる一切の責は当団体が負うこととします。また、当該動物用医薬品等を他者に販売・授与はしません。
2. 当団体が日本を去る前に、動物用医薬品等の使用、未使用及び廃棄した数量を畜水産安全管理課長宛に報告します。
3. 大会終了後、未使用の動物用医薬品等は全て廃棄するか、または自国へ持ち帰ります。

 **団体名:**

 **代表者名:**

 **獣医師名:**

**サイン(獣医師)**

**（日本での滞在住所）**

**（電話）**

**（Fax）**