

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ用紙

問い合わせ年月日 年 月 日

所属・施設名： 氏 名：
電話番号： ファックス番号：
メールアドレス：

※ 回答はファックスまたはメールで行いますので、ファックス番号・メールアドレスを必ずご記入ください。

➤ 基本情報（該当するものに○をご記入ください。）

- ① 質問者の分類：医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（ ）
※薬剤師を選択した方・・・スポーツファーマシスト資格：有・無
- ② 医薬品を使用する方の競技名（ ）
② 特定の競技において禁止されている物質があります。
- ③ 医薬品を使用する方の性別：男・女
- ④ 医薬品を使用する方の年代：10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代以上
- ⑤ 医薬品の使用状況：未使用・使用中・過去に使用

➤ 問い合わせ対象医薬品

製品名（会社名）	備考
1. ()	
2. ()	
3. ()	
4. ()	
5. ()	

➤ 注意事項

- ※ 使用している医薬品などの情報は正確にできるだけ詳しくご記載ください。
- ※ 土日祝および本会休業日にいただいたお問い合わせにつきましては、翌日以降の平日9:00～17:00での回答となります。予めご了承ください。
- ※ お問い合わせの内容や対応状況によっては、回答にお時間がかかる場合があります。
- ※ 健康食品（サプリメント）・食品・化粧品などについては、使用可否の判断ができません。摂取にあたってはあくまでも選手の自己責任となりますので、「禁止物質を含まないという保証はできない」としか申し上げることができないことを予めご了承ください。