

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ

公益財団法人 群馬県スポーツ協会 競技スポーツ課 あて
(FAX 番号 : 0 2 7 - 2 3 4 - 5 9 2 6)

問い合わせ日時 : _____年____月____日 午前・午後 _____時_____分

所属 : _____

氏名 : _____

電話番号 : _____

F A X 番号 : _____

※回答は FAX で行いますので、FAX 番号は必ずご記入ください。

1. 質問者からの基本情報 (該当するものに○を記入ください。)

①質問者の分類 (医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他《 _____ 》)

②薬を使用される方の所属競技団体名 (_____)

2. 使用者の基本情報 (該当するものに○を記入下さい。)

①薬物を使用する方は医師・薬剤師に全国大会等の出場を事前に相談しましたか?
(はい ・ いいえ)

②薬物を使用する方の性別 (男性 ・ 女性)

③薬物を使用する方の年齢 (1 0 ・ 2 0 ・ 3 0 ・ 4 0 ・ 5 0 ・ 6 0) 歳代

④薬物の使用状況 (未服用 ・ 服用中 ・ 過去に服用)

3. 問い合わせ対象薬物

製 品 名 (会社名)	備 考
1. _____ (_____)	
2. _____ (_____)	
3. _____ (_____)	
4. _____ (_____)	
5. _____ (_____)	

※薬物名はフルネームで正確に記載してください。

※備考欄は、その薬物に関して特別な事項がある場合に記入して下さい。

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ

記入例

公益財団法人 群馬県スポーツ協会 競技スポーツ課 あて
(FAX 番号：027-234-5926)

問い合わせ日時： 30年 1月 1日 午前・午後 10時 10分

所属： 群馬県スポーツ協会

氏名： 群馬太郎

電話番号： 027-234-5555

FAX番号： 027-234-5926

※回答はFAXで行いますので、FAX番号は必ずご記入ください。

1. 質問者からの基本情報 (該当するものに○を記入ください。)

①質問者の分類 (医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他《 》)

②薬を使用される方の所属競技団体名 (群馬県スポーツ協会自転車部)

2. 使用者の基本情報 (該当するものに○を記入下さい。)

①薬物を使用する方は医師・薬剤師に全国大会等の出場を事前に相談しましたか？
(はい・いいえ)

②薬物を使用する方の性別 (男性・女性)

③薬物を使用する方の年齢 (10・20・30・40・50・60) 歳代

④薬物の使用状況 (未服用・服用中・過去に服用)

3. 問い合わせ対象薬物

製 品 名 (会社名)	備 考
1. テオドール錠50mg (田辺三菱製薬)	喘息治療のために早急に服用したい。
2. ムコソルバン錠15mg (帝人ファーマ)	
3. ツムラー19 (ツムラ)	
4. ()	
5. ()	

※薬物名はフルネームで正確に記載してください。

※備考欄は、その薬物に関して特別な事項がある場合に記入して下さい。