

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ用紙

宛

問い合わせ日時： 年 月 日

質問者の

所属： 氏名：

電話番号： FAX番号：

基本情報（該当するものに○をご記入下さい。）

分類（医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（ ））

※回答は、FAXで行いますので、FAX番号は必ずご記入下さい。

薬物を使用される方の基本情報（該当するものに○をご記入下さい。）

- ① 所属競技団体名（ ）
- ② 性別（男性・女性）
- ③ 年齢（10・20・30・40・50・60・70・80・90）才代
- ④ 薬物の使用状況（未使用・服用中・過去に服用）
- ⑤ 大会日程（大会中・未定・ 月 日）

問い合わせ対象薬物

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

※ 製品名は、フルネームで正確にご記入下さい。

※ 備考欄は、その薬物に関して特別な事項がある場合にご記入下さい。

※ 内容によっては、回答にお時間がかかることがありますのでご了承下さい。

回答者：