

コピーしてお使いください

選手・選手関係者用

ドーピングに関する問合せ用紙

長野県薬剤師会医薬品情報室 宛 FAX 0263-34-0075

年 月 日

所属競技団体名： _____ 競技種目： _____

氏名： _____ 男・女 年齢： _____ 歳

電話： _____ FAX： _____

大会日時： _____

質問者の分類： 選手・選手の家族・コーチ・トレーナー・その他(_____)

<お問い合わせ薬> 使用状況： 未使用 ・ 使用中 ・ 過去に使用

製品名 (会社名)	分類	回答欄
()	処方薬 市販薬 健康食品	
()	処方薬 市販薬 健康食品	
()	処方薬 市販薬 健康食品	
()	処方薬 市販薬 健康食品	
()	処方薬 市販薬 健康食品	
		回答者

※ 製品名はフルネームで正確に記載してください。

※ 処方薬（医療用医薬品）・市販薬・健康食品の分類に○をつけてください。

※ 回答に時間を要することがありますがご了承ください。

入手先（ネット販売、海外等）等、特に記載することがあれば記入してください。

アンチ・ドーピングホットライン（長野県薬剤師会医薬品情報室）

TEL 0263-34-5511(代) FAX 0263-34-0075(代)