

コピーしてお使いください

医療従事者用

## 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

施設名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

職種： 医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他（ \_\_\_\_\_ ）

電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

選手の性別： 男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 競技種目： \_\_\_\_\_

大会日時： \_\_\_\_\_

<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	
		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。

輸入品である、処方の検討段階である等、特に記載することがあればご記入ください。

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)