

ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙

岩手県薬剤師会 宛

(FAX 019-653-4592 ・ メール ipa1head@head.ocn.ne.jp

問合せ日時 : 令和 年 月 日

所 属 :		氏 名 :	
電 話 番 号 :		FAX 番 号 :	
メールアドレス :			

※ 回答は、FAX又はメールで行いますので、FAX番号・メールアドレスは必ずご記入ください。

質問者の基本情報

- 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 医薬品使用者の所属競技団体名 ()

医薬品使用者の基本情報

- ① 医薬品を使用する方の性別 (男性 ・ 女性)
- ② 医薬品を使用する方の年齢 (10 ・ 20 ・ 30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ 70 ・ 80)才代
- ③ 医薬品を使用する方の競技名 ()
- ④ 医薬品の使用状況 (未使用 ・ 使用中 ・ 過去に使用)

問合せ対象医薬品

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

※ 製品名は、フルネームで正確に記載してください。

※ 食品・健康食品・サプリメント・化粧品等については、「医療上必須のものではない」、「成分表示が正しい保証がない」といった点等から判断できません。

※ 備考欄は、その医薬品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。