

# ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙

問合せ日時： 年 月 日

所 属： 氏 名：  
電 話 番 号： FAX 番 号：

※回答はFAXにて行います。

質問者の基本情報（該当するものに○をご記入ください。）

- ① 質問者の分類【医師・薬剤師・看護師・トレーナー・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または競技名（ ）

使用者の基本情報（該当するものに○をご記入ください。）

- ① 薬物を使用する方の性別 【男性・女性】  
② 薬物を使用する方の年齢 【10・20・30・40・50・60・70・80・90】 歳代  
③ 薬物の使用状況 【未服用・服用中・過去に服用】

問合せ対象薬物

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情がある場合にご記入ください。

※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、ご了承ください。