

～コピーしてお使いください～

ドーピングに関するお問い合わせ用紙

一般社団法人 群馬県薬剤師会 薬事情報センター 宛

FAX : 027-223-5308

業務時間は9時～17時、月～金（土日・祝日は休業）です。

問い合わせ日： 年 月 日

出場大会名： 競技種目：

質問者氏名： 電話番号※：

※回答は電話にて行います。正確にご記入下さい。

質問者情報（該当項目を○で囲む）：選手本人・選手家族・コーチ・マネージャー・医師・薬剤師・登録販売者
スポーツ協会・その他（ ）

選手情報： 男 ・ 女 年齢： 歳

薬の使用状況（該当項目を○で囲む）： 未使用 ・ 使用中 ・ 過去に使用

お問い合わせ薬

・該当するものに レ を付けてください。

医療用医薬品（病院や院外処方でもらった薬）

市販薬（町の薬局・ドラッグストアなどで買ったもの）

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

※注意※

- ・薬品名はフルネームで正確にご記入ください。
- ・効能書きの説明書などがありましたら、一緒にFAXしてください。
- ・備考欄はその薬物に関して特別な事項がある場合ご記入下さい。
(例：医師の指示により通常の用量より多く使用している等)
- ・回答に時間を要することがありますがご了承ください。
- ・普段指導している監督やコーチ、チームドクターなどにもご相談ください。