

ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙

送付先

一般社団法人 沖縄県薬剤師会

ドーピング防止ホットライン 宛

TEL:098-963-8935 FAX:098-963-8937

(平日 9:00~12:00、13:00~17:00)

<スポーツファーマシスト緊急連絡先>

○笠原大吾

TEL:090-1947-6306

Mail : daichan.2479@ezweb.ne.jp

問合せ日時: 年 月 日

氏名:

連絡先:(電話 ・ FAX ・ Mail)

* 上記に○をして↓に記載してください。

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・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()

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 (未使用・服用中・過去に服用)

問い合わせ対象薬物

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項がある場合にご記入ください