

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>

休・祭日、24 時間対応可

○笠原大吾 TEL : 090-1947-6306

E-mail : daigoishigaki@gmail.com

○吉田典子

E-mail : okiyakusp@gmail.com

問合せ日時：R 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。

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

基本情報 (以下の情報がないと正確な回答が行えない場合がございます)

- ① 質問者の立場 (医師・薬剤師・選手・A T・コーチ・保護者・その他 ())
- ② 医薬品使用者の競技種目 ()
- ③ 医薬品使用者の性別 (男性 ・ 女性)
- ④ 医薬品使用者の年齢 (10・20・30・40・50・60・70・80・90) 才代

問合せ対象医薬品

	製品名 (会社名)	使用状況 (いずれかに○)	備考
1	()	未使用・使用中 過去に使用	
2	()	未使用・使用中 過去に使用	
3	()	未使用・使用中 過去に使用	
4	()	未使用・使用中 過去に使用	
5	()	未使用・使用中 過去に使用	

※ 医薬品名はフルネームで正確に記載してください (〇〇プレミアム、〇〇DXなど)。

※ 医薬部外品・健康食品・サプリメント・化粧品、海外の医薬品等については、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などの点から判断・回答できません。

※ 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ください。

※ 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。