*こちらの用紙に記入の上、ＦＡＸ等で提出いただくか、薬の問い合わせフォームからご回答ください。*

＜提出先＞(公財)岩手県スポーツ協会

　ＦＡＸ ０１９－６４８－１６００

　薬の問い合わせフォーム　https://forms.gle/JE4CttoKkca3o96K6

**国民スポーツ大会　岩手県選手団用**

**薬についての問い合わせ用紙　(アンチ・ドーピング指導)**

　岩手県スポーツ協会　Fax　０１９－６４８－１６００

　　　　　　　　　　　　※ QRコードからも回答いただけます

Ⅰ　問い合わせ者

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　性　別：　男　女　　種　別：成年　少年

所　属：　　　　　　　　　　　　　　　競　技：

連絡先：　Tel :　　　　　　　　 　 　 Fax:

　　　　　　　Mail:

Ⅱ　使用薬　　□　あり (ありの場合Ⅲ・Ⅳへ)　　　　　 □　なし

Ⅲ　問い合わせ薬物名(処方された（服用した）薬名、製薬会社名)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | 商　品　名　(薬物名) | 製薬会社名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |

\*薬物名はフルネームで正確に記載してください

Ⅳ　治療目的で使用(服用)している場合

診断名

病院名(担当医名)

薬剤名(わかれば)

投与期間　　　　　　　　　年　　　月　　～　　　　年　　　月

Ⅴ　連絡事項（上記のほか気になることがあれば記載してください）

この問い合わせ用紙に記載された個人情報は、禁止薬及びTUEに関する照会の目的にのみ使用されます。なお、この目的以外に使用する必要が生じた場合は、あらかじめ本人(未成年者の場合は保護者を含む)の承諾を得るものとします。