

ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙(薬剤師会ホットライン用)

(公社)広島県薬剤師会 薬事情報センター 宛

FAX:082-248-1904

問合せ日時: 年 月 日

ご質問者について

- ① 所属競技団体名または所属施設名:
- ② 該当するものに○をご記入ください。
(医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他[])
- ③ ご氏名:
- ④ 電話番号:
- ⑤ FAX番号:

※ 回答はFAXで行いますので、FAX番号は必ずご記入ください。

ご使用者について

- ① 所属競技団体名:
※該当するものに○をご記入ください。
- ② 性別 (男性 ・ 女性)
- ③ 年齢 (10・20・30・40・50・60・70・80・90)才代
- ④ 使用状況 (未服用 ・ 服用中 ・ 過去に服用)

製品名 (製造販売会社名)	備考
1. ()	
2. ()	
3. ()	
4. ()	
5. ()	
6. ()	

※ 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。

※ 内容によっては、回答にお時間がかかることがあります。ご了承ください。