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：０８２－５６７－６０５０

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　(未使用　・　使用中　・　過去に使用)

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。