

ドーピングに関する問合せ用紙

選手・選手関係者用

年 月 日

所属競技団体名 _____ 競技種目 _____

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

電話 _____ FAX _____

大会日時 _____

質問者の分類 選手 選手の家族 コーチ その他 ()

お問い合わせ薬

製品名 (会社名)	分類	薬について詳しく
()	市販薬 処方薬 健康食品	現在の状況に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 購入しようとしている <input type="checkbox"/> これから服用・使用する <input type="checkbox"/> すでに服用・使用した 症状、状況を詳しくご記入ください。
()	市販薬 処方薬 健康食品	

製品名はフルネームで正確に記載してください。

市販薬・医療用医薬品(処方薬)・健康食品の分類に をつけてください。

正確な情報を確認する為に回答に時間を要することがありますがご了承ください。

【回答】

ドーピング防止ホットライン(一般社団法人山形県薬剤師会薬事情報センター)

TEL 023-622-3550 FAX 023-625-3970

Mail: ypadi90@y-yaku.or.jp

送信日： 年 月 日

ドーピング問い合わせFAX送付状

送信先：ドーピング防止ホットライン
FAX：023-625-3970

送付枚数： 本状含み 枚

送信元：

【氏名】

TEL：

FAX：

《重要》FAXの前に以下のチェック項目をもう一度ご確認ください

チェック項目

- 薬の名称はフルネームで正確に！
→特にOTCではほとんど同じ名前でも接頭語として「新」がついたり、接尾語として「錠」や「会社名」、アルファベットがついているだけで成分の組成がことなることがあるので注意してください。
- 競技種目
→特定競技のみ禁止される物質があるので確認をお願いします。
- 問い合わせの内容によっては時間がかかる場合があることを質問者にお伝えください
→すぐに回答できる場合もありますが、日本体育協会スポーツ科学研究室への問い合わせするため回答に時間がかかる場合もあります。