

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。 () 購入しようとしている () これから服用・使用する () 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	
()	市販薬 処方薬 健康食品	
()	市販薬 処方薬 健康食品	
()	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】

アンチ・ドーピングホットライン（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