

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ用紙(薬剤師会ホットライン用)

山梨県薬剤師会 薬事情報センター 御中

問合せ日時： 年 月 日
所 属： 氏 名：
電話番号： F A X 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。

質問者の基本情報(該当するものに○をご記入ください。)

- ① 質問者の分類(医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ AT ・ コーチ ・ 選手 ・ その他())
② 薬を使用される方の所属競技団体名()

使用者の基本情報(該当するものに○をご記入ください。)

- ① 薬物を使用する方の性別 (男性 ・ 女性)
② 薬物を使用する方の年齢 (10 ・ 20 ・ 30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ 70 ・ 80 ・ 90)才代
③ 薬物の使用状況 (未服用 ・ 服用中 ・ 過去に服用)

問合せ対象薬物

製 品 名 (会社名)	備 考
1. ()	
2. ()	
3. ()	
4. ()	
5. ()	

※ 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ので、ご了承ください。

山梨県薬剤師会薬事情報センター
TEL：055-255-1507
FAX：055-254-3401

原則として専用用紙をFAXでお送りください。