

コピーまたは切り取ってご送付ください

## 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)

薬剤師会 宛

問 合 せ 日 時 :           年    月    日  
所          属 :           氏          名 :  
電 話 番 号 :           F A X 番 号 ※ :  
メールアドレス※ :

※ 回答はFAXまたはメールで行いますので、FAX番号・メールアドレスを必ずご記入下さい。

質問者の基本情報(該当するものに○をご記入下さい。)

- 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 医薬品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○をご記入下さい。)

- ① 医薬品を使用する方の性別   (男性・女性)  
② 医薬品を使用する方の年齢   (10・20・30・40・50・60・70・80・90)才代  
③ 医薬品の使用状況             (未使用・使用中・過去に使用)

### 問合せ対象医薬品

製品名(会社名)	備考
1. (   )	
2. (   )	
3. (   )	
4. (   )	
5. (   )	

- ※ 医薬品名はフルネームで正確に記載して下さい。
- ※ 健康食品・サプリメント等についてのお問合せには、回答出来ない場合があります。
- ※ 備考欄は、その医薬品に関して特別な事項がある場合にご記入下さい。
- ※ 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、ご了承下さい。