

ドーピング禁止薬に関する問い合わせ用紙

一般社団法人 千葉県薬剤師会 宛

FAX : 043-248-0646

【質問者】

問い合わせ日	令和 年 月 日 ( )	所属	
質問者氏名	( )	電話番号 (携帯)	
FAX 番号			
メールアドレス			

※回答は、FAX もしくはメールアドレスで行いますので、必ずご記入下さい。

質問者情報 該当するものに○をおつけ下さい。

選手本人・選手家族・コーチ・マネージャー・アスレチックトレーナー・医師・薬剤師・看護師・登録販売者・スポーツ協会・その他 ( )

【使用者】 該当するものに○をおつけ下さい。

性別	男性・女性・( )	年齢	10・20・30・40・50・60・70・80 才代
薬の使用状況	未使用・使用中・過去に使用		

【問い合わせ対象医薬品等】

	製品名	会社名	分類	使用状況	備考
1			一般用医薬品・医療用医薬品 サプリメント・その他	未使用・使用中 過去に使用	
2			一般用医薬品・医療用医薬品 サプリメント・その他	未使用・使用中 過去に使用	
3			一般用医薬品・医療用医薬品 サプリメント・その他	未使用・使用中 過去に使用	
4			一般用医薬品・医療用医薬品 サプリメント・その他	未使用・使用中 過去に使用	
5			一般用医薬品・医療用医薬品 サプリメント・その他	未使用・使用中 過去に使用	

- 注意
- ・ 製品名はフルネームで正確にご記入下さい。
  - ・ 回答に時間を要することがありますがご了承下さい。
  - ・ 食品・健康食品・サプリメント・化粧品等については、医療上必須のものではない、成分表示が正しい保証がないといった点等から判断できません。
  - ・ 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。

.....  
【回答】