ドーピングについての質問票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳥取県薬剤師会薬事情報センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０８５９－３８－１４１１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　０８５９－３８－５７５８

受付日　　令和　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　（男・女）　　年齢　　　　才

住所　鳥取県

回答連絡先　ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ

希望連絡時刻　　　　　　　　　　頃

競技種目

出場大会名（あれば）

薬剤の使用目的（病名）　　　　　　　　　 喘息の有無　( 有　無 )

【使用薬剤・サプリメント】

内服薬・サプリメントの名称

外用薬または注射の名称

その他の質問

備考

|  |
| --- |
| 以下はこちらで記入いたします。  ＊受付者  ＊回答者（　　　　　　　　　）　　年　　月　　日　　　　　回答方法（電話　　ＦＡＸ） |