

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)