

ドーピング問い合わせ用紙

FAX番号:0742-24-1291

E-mail: di-center@narayaku.or.jp

(一社)奈良県薬剤師会 薬事情報センター 宛

※薬剤の間違いを防ぐため、問い合わせはFAXまたはメールの利用をお願いします

氏 名:

質問者の分類: SP 競技者 指導者() 医療従事者() その他()

問い合わせ日時:

競技者の種目:

性別:

所属の競技団体名・学校名 : ()

T E L :

F A X :

E-mail :

◆ 問い合わせの薬剤 ◆

(製品名)	(会社名)	(投与経路)
① _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)
② _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)
③ _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)
④ _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)
⑤ _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)
⑥ _____	(_____)	内・外・注 (筋・静)

※薬物名は製品名をフルネームで正確にお書きください。
※経路が注射の場合は筋注か静注かを記入してください。
※競技者の情報を把握している場合、年齢・服用歴
使用の有無・競技の日程等を備考欄に記載してください。

備考欄 :



スマートフォンを利用し、QRコードから入力
フォームに移り、問い合わせが可能です