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:　　FAX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）

切り取り線

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。