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（該当するものに〇をご記入下さい。）
① 質問者の立場（医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他（　　））
② 医薬品使用者の所属競技団体名（　　）

医薬品使用者の基本情報（該当するものに〇をご記入下さい。）
① 性別　（男性・女性）
② 年齢　（10・20・30・40・50・60・70・80・90）才代
③ 使用状況　（未使用・使用中・過去に使用）

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。
※ 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。
※ 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。