

ドーピング防止相談のための質問票

ドーピングの相談を無料で行います。質問・回答の内容に正確を期すため、選手の方の必要な情報を記入して下さい。回答にお時間をいただくこともあります。どうぞご理解下さい。

(公認スポーツファーマシスト 男全龍一おまた りゅういち)

20__年 月 日

ふりがな			
選手名			性別 男 女
生年月日	西暦 ____年 月 日	生まれ	(競技会参加時 歳)
ご住所	(〒 ____) 横浜市・川崎市	都筑区・港北区・宮前区・高津区・青葉区・緑区	
緊急時連絡先(携帯電話など)			

競技団体名	
競技	
競技レベル	国際・国内・都道府県・その他()
競技会予定	20__年 月
質問者	選手本人・家族・チーム関係者・医療関係者
ご相談内容 <small>(お薬手帳をお持ちでしたら、一緒にご提出下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 現在、下記のお薬・サプリメントをのんでいるが、大丈夫か？ <input type="checkbox"/> 今後、下記のお薬・サプリメントをのみたいが、大丈夫か？

都筑セントラル薬局 FAX 045-911-6862

(大切な個人情報です。番号のお間違えのないように送信して下さい。)