ドーピング禁止薬に関する問合せ用紙(FAX用)

FAX送信先　:広島県薬剤師会　薬事情報センター　アンチ・ドーピングホットライン宛
FAX番号　　:082-567-6050

問合せ年月日		年　月　　日
1．「質問者」の基本情報		
①	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
②	所属**競技**団体名、又は所属施設名	
③	質問者属性（右から選択）	医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手 ・その他[　　]　＊AT＝アスレチックトレーナー
2．「使用者」の基本情報		
①	所属**競技**団体名	
②	競技名	
③	性別	
④	年齢	
⑤	使用状況（右から選択）	未使用・使用中・過去に使用
3．「対象製品」について ※製品毎に、製品名、製品販売会社名をフルネームで正確に記載下さい。		
製品１	製品名	
	製品販売会社名	
	特記事項	
製品２	製品名	
	製品販売会社名	
	特記事項	
製品３	製品名	
	製品販売会社名	
	特記事項	
製品４	製品名	
	製品販売会社名	
	特記事項	
製品５	製品名	
	製品販売会社名	
	特記事項	

※内容によっては、回答にお時間がかかることがあります。ご了承ください。