

薬剤に関する質問用紙

日 付 平成 年 月 日

質問者名 _____ 性別 () 1 男性 2 女性

所 属 _____ 年 齢 _____ 歳

区 分 () 1 選 手・2 監 督・3 コーチ・4 トレーナー・5 大会役員・6 医 師
その他 ()

競技種目 _____

連絡先 住 所 〒 _____ - _____

電 話 _____ 連絡が確実にとれる電話番号をご記入下さい。

F a x _____

選手記入欄

< 質 問 >

- 【注意事項】
- ・薬剤名については、必ずフルネームで、お知らせ下さい。
 - ・市販薬については、製造・販売元もお知らせ下さい。
 - ・成分表等、成分の詳細が分かるものがあれば、コピーで添付してください。

ドクター記入欄

< 回 答 >

現在使用している薬剤について

今後の対応方法について

医師署名欄

* 山梨県スキー連盟関係者は下記へ送ってください。

F A X 送信先：NPO法人山梨県スキー連盟
競技力向上部長 中安 正議

〒400-0004

甲府市西田町3-6

T e l 055-254-1137

F a x 055-254-1137

F A X 送信先：(財)山梨県体育協会
指導普及課 高根 友典

〒400-0836

甲府市小瀬町840

T e l 055-243-3115

F a x 055-243-5490