

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。

FAX送信先：NPO法人山梨県スキー連盟

競技力向上部長 小佐野 真二

〒403-0005 富士吉田市上吉田 4202-3

TEL 0555-24-3378

FAX 0555-24-3378

FAX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

Tel 055-243-3115

Fax 055-243-5490