

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 中安 正議
〒400-0004
甲府市西田町3-6
Tel 055-254-1137
Fax 055-254-1137

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