

## 薬剤に関する問い合わせ

(ドーピング検査に関する質問)

日付：                    年                    月                    日

### 問い合わせ者

氏名： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_ 歳

性別：     男     ・     女

所属： \_\_\_\_\_

身分：     選手・監督・コーチ・トレーナー・その他(                    )

### 連絡先

住所：     〒 \_\_\_\_\_

電話番号：     \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ファックス番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 質問内容