**薬及びサプリメントに関する質問票**

公益財団法人茨城県体育協会アンチ・ドーピング委員会

茨城県体育協会では、選手のみなさんが安心して競技に参加できるよう、使用しているくすりやサプリメント内容のチェックを行っています。使用可否を確認したい場合には、以下を記入し、県体育協会のＦＡＸかメールに提出してください。連絡先に回答します。

|  |
| --- |
| 連絡先　※回答が確実に届くよう、もれなく正確に記入してください！ |
| 競技名 |  | **所属****（学校名）** |  |
| 氏名 |  | **性** | **男****女** |
| メールアドレス |  | **FAX****（あれば記載）** | **029-　　　 -** |
| 確認したいくすり等　※商品名はすべて省略せずに記入して下さい。吸入や湿布等も忘れずに！ |
| 商品名 | **会社名** | **使用量** |
| 例 | 新○○薬Ａ顆粒α231ver8 | エフ製薬株式会社 | 1回1錠1日３回 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| 提出・問合せ先☛　公益財団法人 茨城県体育協会　事業課　宮川 |
| ＦＡＸ | **029-350-1400**  |
| メールアドレス | **ibarakiken@japan-sports.or.jp** |
| 〒310-0911　水戸市見和１丁目３５６番地の２　茨城県水戸生涯学習センター分館内　電話: 029-303-7222 |