



福島県薬剤師会 薬事情報センター 宛

問 合 せ 日 時: 年 月 日
所 属: 氏 名:
電 話 番 号: FAX 番 号 ※:
※ 回答は FAX で行いますので、FAX 番号は必ずご記入下さい。

① 質問者の分類(医師・薬剤師・看護師・AT・コーチ・選手・その他())

② 薬を使用される方の所属競技団体名()

① 薬物を使用する方の性別 (男性・女性)
 ② 薬物を使用する方の年齢 (10・20・30・40・50・60・70・80・90)才代
 ③ 薬物の使用状況 (未服用・服用中・過去に服用)

製品名(会社名)	備 考
1. ()	
2. ()	
3. ()	
4. ()	
5. ()	

※ 薬物名はフルネームで正確に記載して下さい。
 ※ 備考欄は、その薬物に関して特別な事項がある場合にご記入下さい。
 ※ 内容によっては、回答にお時間がかかることがありますので、ご了承下さい。