

3. 薬剤使用の詳細 (Medication details)

禁止物質 (Prohibited substance(s)) 一般名 (Generic name)	使用量 (Dose)	使用経路 (Route)	使用頻度 (Frequency)
1.			
2.			
3.			
4.			
使用予定期間 (Intended duration of treatment) 該当箇所にチェック・記入 (Please tick appropriate box)	1度だけ (once only): _____ 緊急時 (emergency): _____ または期間(週または月単位) : _____ or duration (week /month)		

あなたは、以前にTUE申請をしたことがありますか (Have you submitted any previous TUE application):

はい (yes) いいえ (no)

申請した薬剤名 (for which substance?): _____

申請先 (To whom?): _____ 申請日 (When?): _____

判定 (Decision): 承認 (Approved) 非承認 (Not approved)

4. 医師の宣誓 (Medical practitioner's declaration)

私は上記の治療が医学的に適切であり、禁止リストに掲載されていない代替の薬剤では、この医学的状態に対して不十分であることを認証します (I certify that above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.)

氏名 (Name) : _____

専門医療分野 (Medical speciality): _____

現住所 (Address): _____ 郵便番号 (Postcode) _____

Tel: +81 - _____ Fax: _____
(International code)

E-mail: _____

医師の署名 (Signature of Medical Practitioner)

日付 (Date) _____ 日 (d) _____ 月 (m) 200 _____ 年 (西暦) (y)

(記入しない)

申請第 _____ 号 (Application No.)

5 . 競技者の宣誓(Athlete's declaration)

私は、上記1の記載情報が真正であること、WADA 禁止リストの物質又は方法の使用許可を申請していることを証明します。規程の定めに基づき、アンチ・ドーピング機関、WADA 職員、WADA-TUEC(治療目的使用の適用措置委員会)及び他のアンチ・ドーピング機関に対して個人的な医療情報が供与されることを認めます。私は、私の代わりに私自身の医療情報を取得できるというこれらの機関の権利を無効にしたいと考える場合、担当医と本申請を行ったアンチ・ドーピング機構に対して、その旨を書面で通知しなければならないことも承知しています。

I, _____ certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization(ADO) as well as to WADA staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.

競技者の署名 _____ 日付 _____ 日 _____ 月 _____ 年(西暦)
(Athlete's signature): _____ (Date): _____ (d) _____ (m) 200_____ (y)

保護者の署名 _____ 日付 _____ 日 _____ 月 _____ 年(西暦)
(Parent's/Guardian's signature): _____ (Date): _____ (d) _____ (m) 200_____ (y)

競技者本人が未成年である場合、又は身体上の障害から本申請書に自分で署名できない場合、親または保護者が代わって署名するか、競技者と連署する (If the athlete is minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

6 . 注(Note):

Note 1

診断内容(Diagnosis)

診断内容を確認できる証明書を添付して、本申請書とともに提出しなければならない。この医学的証明書には、これまでの病歴、診療所見、検査結果及び画像所見をもれなく盛り込むこと。可能であれば、報告書又は書簡の写しを添付する。証明書の内容は、臨床上可能な限り客観的なものとし、立証不可能な状況にある場合には、他の中立的医師の診断書を本申請書の参考資料にすることができる。(Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.)

不備な申請書は差し戻されるので、完全な申請書にして再提出の必要がある。

(Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted)

完成させた申請書を、あなたが所属する中央競技団体を通じて日本アンチ・ドーピング機構に提出し、記入済み申請書のコピー1部を大切に保管しておくこと。

(Please submit the completed form to the Japan Anti-Doping Agency and keep a copy of the completed form for your records.)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

p3/3

(記入しない)

申請第 _____ 号
(Application No.)