

【JADA略式TUE申請書】

(ATUE Application Form of the Japan Anti-Doping Agency)
Abbreviated Therapeutic Use Exemption

国際的レベル競技者が申請する場合はすべて英語で記入し、
すべての箇所を判読可能な文字で明瞭に記入してください
(Please complete all sections in capital letters or typing)

吸入によるベータ2作用剤 (beta-2 agonists by inhalation)	非全身的使用経路による糖質コルチコイド (glucocorticosteroids by non-systemic routes*)
---	---

*経口、直腸内、静脈内、筋肉内以外の全ての使用経路を意味する。経皮的糖質コルチコイドの使用は、TUE申請を必要としない。(All routes other than orally, intravenously and intramuscularly. Dermatological glucocorticosteroids do not require any TUE.)

1 . 競技者に関する情報(Athlete Information)

姓 (Surname) :	名 (Given Name) :
(漢字)	(漢字)
(口・マ字)	(口・マ字)
女性 (Female) <input type="checkbox"/>	男性 (Male) <input type="checkbox"/>
生年月日 (Date of Birth) :	日 月 年(西暦) (d) (m) 19 (y)
現住所(番地、町・字・村・区) (Address):	
市・郡 (City):	国 (Country):
郵便番号 (Postcode)	
TEL : + 81 - (International code)	E-mail:
競技 (Sport):	種目・ポジション (Discipline/Position):
所属国内中央競技団体 (National Sport Organization):	
障害を有する競技者は、その障害を記載する (If athlete with disability, indicate disability):	

2 . 医学的情報(Medical Information)

診断内容(Diagnosis):
-
-
-
注意 如何なるATUEも、ADOまたはWADAにより随時見直される可能性がある。 (N.B. Any ATUE may be reviewed at any time, by the ADO and/or WADA)

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.			
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)		

3. 医師及び競技者の宣誓(Medical Practitioner's and athlete's declaratrion)

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) _____ 年 (西暦) (y) _____

私は _____ 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ことから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 (Athlete's signature): _____ 日付 (Date): _____ 日 (d) _____ 月 (m) _____ 年 (西暦) (y) _____

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

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.)

(記入しない)

極秘資料
STRICTLY CONFIDENTIAL
p2/2

略申第 _____ 号
(Application No.)