

摂取医薬品・サプリメント申告書

(公社) 日本パワーリフティング協会 御中
長野県パワーリフティング協会 御中

この度、 年 月に開催される 第 41 回北信越パワーリフティング選手権大会・第 76 回三重とこわか国体北信越ブロック最終選考会に出場するに際して、以下医薬品及びサプリメントの摂取について申告致します。

年 月 日

署名(自署) _____ 印

※日頃摂取している医薬品、サプリメント及び大会日より 1 か月以内に摂取予定の医薬品、サプリメントは次の通りです。何も無い場合は、「なし」とご記入下さい。

医薬品名やサプリの商品名称	メーカー名又は販売元	摂取時期又は期間

※正直に申告して下さい。摂取医薬品・サプリメントが 4 製品を超える場合は、別紙に記載して下さい。

ご住所	〒 _____	
ご氏名	_____ (印)	
所 属	<input type="checkbox"/> 団体 (名称: _____) <input type="checkbox"/> 個人	
連絡先 電話番号	自 宅	_____
	携 帯	_____
アンチ・ドーピング講習会 の受講証明書	無 、 有	有効期限: _____ 年 月

★必ず必要事項を記入の上、朱肉により捺印して下さい。捺印がない場合は、本誓約書は無効とし、提出されなかったこととします。シャチハタ及び電子印は認めません。
★今回、入手した個人情報、アンチ・ドーピング対応と今大会の運営に関わる以外に使用しません。