

## 及び摂取医薬品・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  
石川県パワーリフティング協会 御中

この度、石川県金沢市で開催される第 21 回北信越ベンチプレス選手権大会出場に関して、  
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(自筆) \_\_\_\_\_ 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 カ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。

医薬品名やサブリの 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	Ⓜ	
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	

★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。  
★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。

# 摂取医薬品・サプリメント申告書 別紙

摂取医薬品・サプリメントが3製品をこえる場合は、下記に記載してください。

製品名	メーカーまたは販売元	摂取予定時期

氏名 \_\_\_\_\_