

世界アンチ・ド - ピング規程(The World Anti-Doping Code)  
 治療目的使用の適用措置(Therapeutic Use Exemptions)  
 標準申請書(Standard Application Form)

申請第 \_\_\_\_\_ 号  
 Application No

私は、WADA 禁止物質・禁止方法リストに掲載された禁止物質を治療目的に使用すべく日本アンチ・ド - ピング機構に許可を申請いたします。 I apply for approval from the Japan Anti-Doping Agency for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods.

漏れなく記入すること(Please complete all sections)

1 . 競技者本人の情報 (Athlete Information)

姓(Surname) _____	名(Given Name) _____	
該当する方にレ印を付す (tick appropriate box)	女性 (Female)	男性 (Male)
住 所 _____ (Address)		
都市名(City) _____	国名(Country) _____	郵便番号(Postcode) _____
生年月日(日 / 月 / 西暦年の順に記入) _____ 日 d / _____ 月 m / _____ 年 y Date of Birth(d/m/y)		
電話(職場) (Tel.Work) _____	電話(自宅) (Tel.Home) _____	電話(携帯) (Tel.Mobile) _____
E-mail _____	FAX No. _____	
競技名 (Sport) _____	種目・ポジション (Discipline/Position) _____	
所属国内スポ - ツ団体名 (National Sporting Organization) _____		
身体障害のある場合には、その内容を明記する (If athlete with disability, indicate disability)		

2 . 申請医師の情報 (Notifying medical practitioner)

氏名、資格、専門医療分野(注1を参照) Name, qualification and medical speciality(see note 1) _____		
住 所 _____ (Address)		
E-mail _____	電話(自宅) (Tel.Home) _____	
電話(職場) (Tel.Work) _____	電話(携帯) (Tel.Mobile) _____	
FAX No. _____		
*診断内容(注2を参照) *Diagnosis(see note 2) _____		
今回の申請について、国内スポ - ツ団体の医事委員長に連絡しましたか。 Has the national sporting organisation Chief Medical Officer been notified of this request?		はい  いいえ Yes No
国内スポ - ツ団体医事委員長の氏名(注3を参照) Name of NSO's Chief Medical Officer(see note 3) _____		

(財)日本アンチ・ド - ピング機構 The Japan Anti-Doping Agency

3 . 薬物療法に関する詳細事項(注4)

申請第 \_\_\_\_\_ 号  
Application No

Medication details(see note 4)	投与量 Dose of administration	投与経路 Route of administration	投与頻度 Frequency of administration
禁止物質 Prohibited Substance(s)			
1.			
2.			
3.			

予想される薬物療法の期間 Anticipated duration of this medication plan	
--------------------------------------------------------------	--

過去・現在における治療目的使用の適用措置申請の有無 Previous/Current TUE request(s)	<input type="checkbox"/> ある yes	<input type="checkbox"/> ない no
「ある」の場合の日付(If yes:Date) _____		
アンチ・ドーピング機関 (Anti-Doping Organization) _____		
結果(過去の治療目的使用の適用措置を添付すること) Result(attach previous TUE(s)) _____		

該当する場合は、他の療法を用いない理由(注5を参照) If appropriate, reasons for not prescribing alternative therapies(see note 5)
_____
_____
_____
_____

4 . その他の関連情報がある場合には具体的に記載するとともに、診断内容と禁止物質使用の必要性を立証できる医療情報を書き加えること。

Please note additional information and attach sufficient medical information to substantiate the diagnosis and the necessity to use a prohibited substance.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 . 医師及び競技者の宣誓  
(Medical practitioner's and athlete's declaration)

申請第 \_\_\_\_\_ 号  
Application No

私 \_\_\_\_\_ は、上記の病状に対する適切な処置として上記競技者に上記物質を投与してきた/投与する予定であることを証明します。  
I, \_\_\_\_\_ certify the above-mentioned substance/s for the above-named athlete has been/are to be administered as the correct treatment for the above-named medical condition.

医師の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
Signature of Medical Practitioner: \_\_\_\_\_ Date d/ \_\_\_\_\_ m/ \_\_\_\_\_ y

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・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・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アンチ・ド・ピング機関の治療目的使用の適用措置委員会又は WADA 治療目的使用の適用措置委員会の権利を無効にしたいと考えている場合、担当医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 Pribhibited List. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization as well as to WADA staff and to the WADA TUEC(Therapeutic Use Exemption Committee) as well as to other Anti-Doping Organizations under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of the Anti-Doping Organization TUEC or WADA TUEC to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner in writing of that fact.

競技者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Athlete's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ d/ \_\_\_\_\_ m/ \_\_\_\_\_ y

親・保護者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年  
Parent's/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ d/ \_\_\_\_\_ m/ \_\_\_\_\_ 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、親または保護者が競技者に代わって署名するか、競技者と連署する。If the athlete's is a minor or has a disability preventing him/her to sigh this form, a parent or guardian shall sign together with or behalf of the athlete.

6 . 注記(Notes)

注1 Note 1	氏名、資格、専門医療分野(例：Dr.AB Cook, MD FRACP, 胃腸科) Name, qualifications and medical specialty(For example:Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-enterologist)
注2 Note 2	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。この医療証明書には、これまでの病歴、診察所見、検査結果及び画像所見をもれなく盛り込まなければならない。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、立証不能な状況にある場合には、別の医師の診断書を本件申請の参考資料にすることができる。Evidence confirming the diagosis 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 of letters should be include 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.)
注3 Note 3	国内スポーツ団体の医事委員長 NSO Chief Medical Officer (可能であれば、アンチ・ドーピング機関に申請を行った旨を関連スポーツ団体の医事委員長(CMO)に対して通知する。適切であると判断される場合、競技者が所属する国内スポーツ団体の医事委員から、当該競技者の治療に禁止物質・禁止方法が必要である旨を立証する書面を申請書に添付すること。Where possible the Chief Medical Officer(CMO) of the sport involved should be notified of the application to the Anti-Doping Organization. When appropriate, the application should include a statement by the Medical Officer of the Athlete's national sport governing body, attesting to the necessity of the otherwise Prohibited Substance or Prehibited Method in the treatment of the athlete.)

財) 日本アンチ・ド・ピング機構 The Japan Anti-Doping Agency

注 4 Note 4	薬物療法に関する詳細事項(Medication details)  許可申請の対象となっている禁止物質・禁止方法に関して、詳細事項をすべて記載すること。国際一般名(INN)を用いるとともに、投与量も具体的に記載すること。Provide details concerning all prohibited substances or methods for which approval is sought. Use generic names(INN) and specify medication dose.)
注 5 Note 5	競技者の病状の治療に際して、使用許可医薬品を用いることが可能な場合は、禁止物質の使用を申請する理由を医学的観点から立証すること。 If a permitted medication can be used in the treatment of the athlete's medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.

**記入もれがある場合は、差し戻された上で、再提出しなければならない。  
Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.**

日本アンチ・ドーピング機構に対して記入済みの申請書を提出し、記入済み申請書の写し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.)

**7 . 治療目的使用の適用措置委員会の決定(記入しないこと) TUEC Decision(for office use only)**

受理日  
Date Received: \_\_\_\_\_

申請書はもれなく記入されているか      はい      いいえ  
Application Complete:                        yes                        no

担当部局記入欄  
Office Notes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

治療目的使用の適用措置委員会代表者の氏名  
Name of TUEC Representative(s) \_\_\_\_\_  
  
署名  
Signature(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

日付(Date): \_\_\_\_\_