

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)
 略式手続(Abbreviated Process)

申請第 _____ 号
 Application No.

吸入によるベ - タ 2 作用剤、局所投与による糖質コルチコイド
 (beta-2 agonists by inhalation, glucocorticosteroids by non-systemic routes)

私は、WADA 禁止物質・禁止方法リストに掲載された禁止物質のうち、治療目的使用の適用措置の略式申請手続の対象となっているものを治療目的で使用すべく、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 form the Japan Anti-Doping Agency for the therapeutic use of a prohibited substance on the WADA List of Prohibited Substances and Prohibited Methods that is subject to the Abbreviated Use Exemption Application Process.

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)

姓(Surname) _____	名(Given Name) _____	
資格(Qualifications) _____	専門医療分野 (medical speciality) _____ (注 1 を参照 see note 1)	
住 所 _____ (Address)		
E-mail _____	FAX No. _____	
電話(職場) (Tel.Work) _____	電話(自宅) (Tel.Home) _____	
電話(携帯) (Tel.Mobile) _____	FAX No. _____	

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

3 . 医療情報 (Medical information)

診断内容 (Diagnosis) _____

実施した診察・検査
Medical examination(s)/test(s) performed: _____

禁止物質 Prohibited substances (s)	投与量 Dose of administration	投与経路 Route of administration	投与頻度 Frequency of administration
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
予想される薬物療法の期間 Anticipated duration of this medication plan			

その他関連情報 (Additional information) _____

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

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。さらに、上記病状の処置に際して、禁止リストに掲載されていない薬物療法では、効果が不十分であることも証明します。

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. I further certify that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for the treatment of the above named medical condition.

特定の理由 (Specify reasons) _____

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、私のか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 Prohibited 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 sign this form, a parent or guardian shall sign together with or behalf of the athlete.

注 1	氏名、資格、専門医療分野(例：Dr.AB Cook, MD FRACP, 胃腸科)
Note 1	Name, qualification and medical specialty (For example: Dr AB Cook, MD FRACP, Gastro-enterologist)