

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
神奈川県パワーリフティング協会

御中
御中

令和 年 月 日

3か月以内に摂取した医薬品、サプリメント（常用を含む）は次の通りです。

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
ご住所	〒		
ご氏名	⑩		
所 属	☐ 団体（名称： ） ☐ 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。

★今回、入手した個人情報は、アンチ・ドーピング対応と今大会の運営に関わることに
以外に使用しません。