添付資料③
Ver.2016.7.1

Therapeutic Use Exemptions (TUE) APPLICATION FORM
【治療使用特例（TUE）申請書式】

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.
全てのセクションに大文字又はタイプでご記入ください。セクション1、5、6及び7は競技者が、セクション2、3及び4は医師がご記入ください。申請が判読不能又は不備を有する場合には返却されますので、判読可能かつ不備のない書式により再提出してください。

1. Athlete Information　競技者情報

Surname:_____ Given Names:_____

氏(漢字)：_____名(漢字)：_____

Female ☐ Male ☐ Date of Birth (d/m/y): _____d(日)_____m(月)_____y(年)
女性　男性　生年月日

Address:_____
住所：

City:_____ Country:_____ Postcode:_____
市：　国：　郵便番号：

Tel. (*with International code*): _____
電話番号（国コード含む）：

E-mail:_____
電子メール：

Sport: _____ Discipline/Position:_____
競技：　種目/ポジション：

International or National Sport Organization(国際競技連盟又は国内競技連盟)：

_____

If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:
障がいを有する場合には、どのような障がいか、ご記入ください。

_____

必要事項がすべて記載された書式を、次に示された方法により、日本アンチ・ドーピング機構に提出してください。また、自分の記録のために写しを保持してください。

送付先：公益財団法人日本アンチ・ドーピング機構
〒115-0056 東京都北区西が丘３－15－1　国立スポーツ科学センター内
FAX　03-5963-5709　(FAX で申請した場合は、必ず原本を郵送すること)

	期　日	担当者
受　付	月　日	
(ADAMS)	月　日	
回答送付	月　日	
(ADAMS)	月　日	

←(JADA 記入欄)
↓

申請第_____号
(Application No)

2. Medical information *(continue on separate sheet if necessary)*

医学的情報（必要でしたら別紙に続けてご記入ください）　※英文記入

Diagnosis:
診断：

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication
禁止されていない薬剤で治療可能な場合には、禁止されている薬剤の使用が要請される医学的正当性を記載してください。

Comments　解説：

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.
WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" in the WADA website: https://www.wada-ama.org. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

この申請には、診断を裏づける証拠を添付し、一緒に送付することが必須です。その医学的証拠には、包括的な病歴及び申請に関係する全ての診察所見 、臨床検査及び画像検査の結果が含まれなければなりません。また、可能であれば、病歴の報告又はレターの原本の写しも含めなければなりません。証拠については、当該臨床状況において、可能な限り客観的であるべきです。症状を立証できない場合には、独立した補助的医学的見解をもって本申請の補助資料とできます。
WADAは、医師が完全かつ綿密なTUE申請書を作成出来ように一連のガイドラインを管理している。
これらのTUEに関する医師用ガイドラインは、WADAウェブサイト（ https://www.wada-ama.org ）上で "Medical Information"という検索語を入力することにより利用する事ができる。ガイドラインには、一般的に競技者に影響を及ぼし、禁止物質を用いる治療を必要とするいくつかの疾患の診断及び治療法を記載している。

（JADA 記入欄）→

申請第＿＿＿＿＿＿号
（Application No）

3. Medication details　薬剤の詳細 ※英語記入

Prohibited Substance(s): Generic name 禁止物質：一般名	Dosage 投与量 例：● mg/day	Route of Administration 投与経路	Frequency 投与頻度	Duration of Treatment 治療期間
1.				
2.				
3.				

4. Medical practitioner's declaration　医師による宣誓書　※英語記入

I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.
上記セクション2及び3の情報は正確であり、上記の治療が医学的に適切であることを証明いたします。

Name:
氏名：

_____

Medical specialty:
専門医療分野：

_____

Address:_____
住所：

Tel.: _____
電話番号：

Fax: _____
ファクシミリ：

E-mail: _____

Signature of Medical Practitioner: _____ Date: _____
担当医の署名：　　日付：

(JADA 記入欄)→

申請第_____号
(Application No)

5. Retroactive applications　遡及的申請　※英語記入

Is this a retroactive application? これは遡及的申請ですか？	Please indicate reason: 理由を挙げてください。
Yes: ☐はい **No:** ☐いいえ If yes, on what date was treatment started? 「はい」と答えた場合には、治療の開始日はいつですか？ _____	Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary ☐ 救急治療又は急性疾患の治療が必要であった。 Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection ☐ 他の例外的な事情のために、検体採取の前に、競技者がTUEの申請を提出するための十分な時間又は機会がなかった。 Advance application not required under applicable rules☐ 適用規則において、事前の申請は要請されていなかった。（JADAのホームページ[国内のTUE事前申請が必要な競技大会一覧]で確認して、事前申請が必要な競技会に参加予定の競技者ではなかった。） Other ☐その他 Please explain:説明してください。 _____

6. Previous applications　過去の申請　※英語記入

Have you submitted any previous TUE application(s)?
過去にTUE申請を提出したことはありますか？

Yes ☐　　**No** ☐
はい　　いいえ

For which substance or method?
どのような物質又は方法について過去にTUE申請を提出しましたか？

_____

To whom? _____ When? _____
誰に提出しましたか？　　いつ提出しましたか？

Decision:　Approved ◯　　Not approved ◯
決定：　承認　　非承認

（JADA 記入欄）→

申請第_____号
（Application No）

7. Athlete's declaration　競技者による宣誓書

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code*("Code")* and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

私こと、_____は、セクション1、5、及び6における情報が正確であることを証明いたします。私は、個人的な医療情報が以下の者に開示されることを承認します。アンチ・ドーピング機関（ADO）、及びWADAの授権された職員、WADA TUEC（治療使用特例専門委員会）、その他のADO TUEC並びに世界アンチ・ドーピング規程（「*世界規程*」）及び／又は「治療使用特例の国際基準」に基づきこの情報にアクセスする権利を有しうる授権された職員。

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

私は、私の申請を検討し、判断する上で、上記の者が必要とみなす医療記録を、医師が上記の者に開示することに同意いたします。

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the *Code*.

私は、私の情報が、もっぱら私のTUEの申請を審査する目的のみに、及び、もっぱら潜在的なアンチ・ドーピング規則違反のドーピング捜査・手続の目的のみに使用されることを理解しています。私が、(1)医療記録の使用についてより多くの情報を得たい場合、(2)アクセス権・是正権を行使したい場合、又は(3)これらの機関による私の医療記録を取得する権利を撤回したい場合には、その旨を担当医及びADOに対して、書面により通知しなければならないことを理解しています。*世界規程*が要請する場合には、同意を撤回する前に提出したTUE関連情報が、もっぱら潜在的なアンチ・ドーピング規則違反を立証する目的のために、保持される必要がありうることを理解し、これに同意いたします。

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

私は、この申請に関する決定が、私に対して検査権限及び／又は結果管理権限を有する全てのADO又はその他の機関に利用可能となることに同意いたします。

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

私は、私の情報及びこの申請に関する決定を受領した者は、私の居住国の外に所在しうることを理解し、受諾いたします。これらの国のなかには、私の居住国のデータ保護及びプライバシーに関する法令と同等の法令を有さない国もある可能性があります。

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

私は、私が、自分の個人情報がこの同意及び「プライバシー及び個人情報の保護に関する国際基準」に適合する形で使用されていないと考えた場合には、WADA又はCASに不服申立てを提起することができることを理解しています。

Athlete's signature: _____ **Date:** _____
競技者の署名：　　日付：

Parent's/Guardian's signature: _____ **Date:** _____
親権者/監護権者(Guardian)の署名：　　日付：

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

（競技者が20歳未満の者であり、又はこのフォームに署名することを妨げる障がいを有する場合には、競技者署名のうえ親権者又は監護権者(guardian)が競技者を代理して署名するものとする。）

(JADA 記入欄)→

申請第_____号
(Application No)