【JADA TUE申請書】

(Japan Anti-Doping Agency Therapeutic Use Exemption(TUE) Application Form)

Japan Anti-Doping Agency

国際的水準の競技者が申請する場合はすべて英語で記入し、
すべての箇所を判読可能な文字で明瞭に記入してください。
(Please complete all sections in capital letters or typing)

1．競技者に関する情報（Athlete Information）（競技者が記入）

記入例

姓 (Surname)：田 中 (漢字) TANAKA (ローマ字)　名 (Given Name)：太 郎 (漢字) TARO (ローマ字)

女性 (Female) ☐　男性 (Male) ☑　生年月日（西暦）(Date of Birth)：19 80 年 (y) 12 月 (m) 12 日 (d)

郵便番号 (Postode) 000—1234　国 (Country)：日本　都道府県 (State/Prefecture) 埼 玉　市・郡 (City) 所 沢

現住所（区・町・村・字、番地）(Address)：南町5—6—78

TEL：+81— 1234—5678 (International code)　E-mail: abc123@efgh.jp

競技 (Sport)：○○○　種目・ポジション (Discipline/Position)：○○○

国際競技連盟あるいは国内競技連盟 (International or National Sport Organization)：日本○○○協会

忘れずに該当箇所にチェックを

あてはまる☐に×でマークしてください。

☐私は、国際競技連盟の検査対象者登録リストに掲載されています。
(I am part of an International Federation Registered Testing Pool)

☒私は、国内ドーピング防止機関(日本ではJADA)の検査対象者登録リストに掲載されています。
(I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool)

☐私は、国際競技連盟の規則に従って付与されたTUEが要求される国際競技大会に参加します。[1]
(I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required[1].)
競技会名 (Name of the competition)：

☐上記のいずれにも該当しません。
(None of the above)

障害を有する競技者は、その障害を記載する (If athlete with disability, indicate disability)：

[1] TUEが要求される競技大会のリストについては、あなたが所属する国際競技連盟に問い合わせてください。
(Refer to your International Federation for the list of designated events)

2．医学的情報（Medical Information）（医師が記入）

注意事項

十分な医学的情報を伴う診断内容（p3の6.注を参照）
(Diagnosis with sufficient medical information (see note 1))：

診断名（病歴、所見、検査結果など客観的に
診断が確認できる内容を別紙で添付する。）

禁止されていない薬剤で治療可能な場合は、禁止薬剤の使用を希望する医学的正当性を記載してください。
(If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication)

禁止薬剤以外では治療できない理由を
明確に記載する。

	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)

極秘資料
STRICTLY CONFIDENTIAL

3．薬剤使用の詳細（Medication details）

注意事項：複数の物質を含む配合剤は個々の物質名を記載する。漢方の方剤名は物質名ではない。

禁止物質（Prohibited substance(s)） 一般名（Generic name）	使用量 Dose	使用経路 Route	使用頻度 Frequency
1. PREDNISOLONE	5mg/日	経口	毎　日
2.			
3.			

一般名を記入

・使用予定期間を記入のこと
・「１度だけ」の場合は使用予定日付を記入

使用予定期間 （Intended duration of treatment） 該当箇所にチェック・記入 （Please tick appropriate box）	１度だけ （once only）：☐　緊急時 （emergency）：☐ または期間（週または月単位） or duration（week /month）：　3ヶ月（2010/02/01～2010/04/30）

この申請者は、以前にTUE申請をしたことがありますか　はい ☑　いいえ ☐
Have you submitted any previous TUE application　yes　no

申請した薬剤名（For which substance?）：BETAMETHASONE

申請先（To whom?）：JADA　申請日（When?）：2008/11/22

判定（Decision）：　承認（Approved）☑　非承認（Not approved）☐

4．医師の宣誓（Medical practitioner's declaration）（医師が記入）

記 入 例

私は上記の治療が医学的に適切であり、禁止リストに掲載されていない代替えの薬剤では、この医学的状態に対して不十分であることを認証します
（I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.）

氏名（Name）：佐藤　花子

専門医療分野（Medical speciality）：内　科

現住所
（Address）：東京都北区西ヶ丘3―15―1　郵便番号（Postcode）115―0056

Tel: +81― 7777-8888　Fax:
（International cod）

E-mail: sato@abcd.co.jp

医師の署名（Signature of Medical Practitioner:）　○○○○

忘れずに自筆の署名を

日付（Date）（西暦）20 10 年（y） 2 月（m） 1 日（d）

↓（JADA記入欄）
申請第　　号
（Application No）

5．競技者の宣誓（Athlete's declaration）（競技者、保護者が記入）

私 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ は、上記１に記載された内容が正確であること、及びWADA禁止表に掲載された物質又は方法の使用についての承認を申請していることを認めます。私は、ドーピング防止機関（ADO）及びWADAから授権された職員、WADA TUEC（治療目的使用に係る除外措置委員会）、並びにWADA規程の定めに基づきこの情報についての権利を有する他のADOのTUEC及びその認可された職員に対して、医療分野における個人情報が開示されることを承認します。

私は、私に関する情報が私のTUE申請の審査、並びにドーピング防止違反の調査及び処理手続との関係でのみ使用されるものと理解しています。私は、（１）私に関する情報の使用についてさらに知りたい場合、（２）アクセス権及び訂正を求める権利を行使したい場合、又は（３）これらの機関が私の医療情報を取得する権利を取り消したい場合には、担当医及び本申請を行ったADOに対して、その旨を書面で通知しなければならないことを理解しています。私が同意を取り消す前に提出されたTUE関連の情報は、ドーピング防止規則違反の有無を立証することのみを目的として保持される必要があり、このことはWADA規程で要求されていることを理解して同意します。

私は、私の個人情報が本同意と「プライバシー及び個人情報の保護に関する国際基準」に従って使用されていないと考えた場合は、WADA又はCASに不服申立てができることを理解しています。

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 (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 provisions of the Code.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of possible anti-doping violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my 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.

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.

競技者の署名：（Athlete's signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 記入日：（Date）＿＿ 年（y）＿＿ 月（m）＿＿ 日（d）

競技者が未成年の場合、または署名に障害のある競技者の場合は、当該親権者／保護者の署名と署名年月日を以下に記入してください。
（if the athlete is a minor or has a disabillity preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete）

親権者／保護者の署名：（Parent's/Guardian's signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 記入日：（Date）＿＿ 年（y）＿＿ 月（m）＿＿ 日（d）

6．注（Note）：

注１ Note 1	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。この医学的証明書には、これまでの病歴、診療所見、検査結果及び画像所見をもれなく盛り込むこと。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、立証不可能な状況にある場合には、他の中立的医師の診断書を本申請書の参考資料にすることができる。（*Evidence confirming the diagnosis shall 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 or letters should be included 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.*）

不備な申請書は差し戻されるので、完全な申請書にして再提出の必要がある。
（Incomplete Apllications will be returned and will need to be resubmitted）

完成させた申請書を日本アンチ・ドーピング機構に提出し、コピー１部を手元に保管しておくこと。
（Please submit the completed form to tha Japan Anti-Doping Agency and keep a copy for your records.）

提出先：日本アンチ・ドーピング機構　TUE委員会
〒115-0056 東京都北区西が丘３丁目15番１号 国立スポーツ科学センター４階
FAX 03-5963-8031

↓（JADA記入欄）

申請第 ＿＿＿＿ 号
（Application No）