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　御中
愛知県パワーリフティング協会　御中

この度2024年5月12日に開催される第50回東海パワーリフティング選手権大会に出場するに際して、以下の医薬品及びサプリメントの摂取について申告致します。

年　　月　　日

署名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日頃摂取している医薬品、サプリメント及び大会日より１か月以内に摂取予定の医薬品、サプリメントは次の通りです。何も無い場合は、「なし」とご記入下さい。

製品名	メーカー又は販売元	摂取（予定）時期

※正直に申告して下さい。

住　所	〒	
氏　名	ふりがな：	
階　級	エントリー階級　　ｋｇ級	
所　属	□団体（名称：　　）□個人	
連絡先	E-mail	
	携帯番号	

★必ず必要事項を記入の上、自署により氏名を記入して下さい。自署による氏名の記入がない場合は、本誓約書は無効とし、提出されなかったこととします。
★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以外に使用しません。