

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 <input type="checkbox"/> | Male <input type="checkbox"/> | 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: | | | |
| 障がいがある場合には、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

〒112-0002 東京都文京区小石川1-12-14 日本生命小石川ビル4階

FAX 03-5801-0944 (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 (ADAMS) | 月 日 | |
| | 月 日 | |
| 回 答 送 付 (ADAMS) | 月 日 | |
| | 月 日 | |

←(JADA 記入欄)

↓

申請第.....号
(Application No)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

3. Medication details 薬剤の詳細 ※英語記入

| Prohibited Substance(s): <u>Generic name</u> 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)→

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

| | |
|--|---|
| <p>Is this a retroactive application? これは遡及的申請ですか？</p> <p>Yes: <input type="checkbox"/> はい</p> <p>No: <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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？</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> | <p>Please indicate reason: 理由を挙げてください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>Advance application not required under applicable rules <input type="checkbox"/> 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。)</p> <p>Other <input type="checkbox"/> その他</p> <p>Please explain:説明してください。</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> |
|--|---|

6. Previous applications 過去の申請 ※英語記入

| | |
|--|---|
| <p>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？</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>はい いいえ</p> <p>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？</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> | |
| <p>To whom? _____ 誰に提出しましたか？</p> | <p>When? _____ いつ提出しましたか？</p> |
| <p>Decision: Approved <input type="checkbox"/> 決定: 承認</p> | <p>Not approved <input type="checkbox"/> 非承認</p> |

(JADA 記入欄)→

| |
|---|
| <p>申請第 _____ 号 (Application No)</p> |
|---|

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する授権された職員。

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がある場合には、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)→

医療情報提供書

(Medical Information Supplement)

Ver.20191216

西暦 年 月 日

公益財団法人日本アンチ・ドーピング機構

TUE 委員会 宛

情報提供元医療機関の

所在地 _____

名称 _____

電話番号 _____

医師氏名 _____ ㊞

| 競技者 | 氏名 (Name) | 競技 (Sport) | | | |
|---|-------------------------|---------------|----|------------------------|--|
| | 生年月日 (Date of Birth) | 昭・平 年 月 日(才) | 性別 | 男・女 (Male)・(Female) | |
| 既往歴及び 家族歴 (Anamnesis and Familial History) | | | | | |
| 症状経過 及び 検査結果 (Course of the symptoms and Test Results) | | | | | |
| 治療経過 (Therapeutic course) | | | | | |
| 備考 (Remarks Column) | | | | | |

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

(JADA 記入欄)→

2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

申請第 _____ 号
(Application No)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

p6/6

TUE 審査用確認フォーム

本書式は、TUE 審議に係わる補足情報を記載する書類です。以下の項目について日本語で記載ください。

① 本フォーム記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 競技者氏名 _____ ③ 競技者の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 親権者/監護権者の署名： _____

競技者が20歳未満の者であり、又はこのフォームへの記載を妨げる障がいをもつ場合には、親権者又は監護権者が競技者を代理して署名するものとする。

⑤ TUE 通知文及び判定書送付先

TUE 審査中、あるいは、審査後に通知文等を JADA TUE 委員会より送付します。競技者が確実に書類を受領できる郵送先及び連絡先を記載ください。

以下のいずれか一つを選択し、選択した方の住所と連絡先を記載ください。

自宅 ・ 所属先(担当者名： _____) ・ その他(氏名： _____)

〒 _____

連絡先 TEL _____

④ 次回出場競技会と期日

TUE 申請後、最初に参加を予定している競技会名と期日(具体的な日程もしくは何月頃)を記載ください。

競技会名： _____

競技会期日： _____

TUE 申請情報の使用に関する同意

私(TUE 申請者=競技者)の TUE 申請情報を、個人が特定できない状態で分析し、アンチ・ドーピング教育啓発活動のためのデータや研究報告等として使用し、公表すること。(同意する場合は以下へ☑を記入ください。)

上記内容に同意します。

(JADA 記入欄)→