

International Soft Tennis Federation (ISTF)

(ISTF TUE申請書)

Application form

THERAPEUTIC USE EXEPTIONS
(治療目的使用に係る除外措置)TUE

Please complete all sections in capital letters or typing

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。

1. Athlete Information

競技者に関する情報

Surname(姓): _____ Given Names(名): _____.

Female(女性) Male(男性) Date of Birth (d/m/y)(生年月日) _____

Address(現住所): _____

City(市): _____ Country(国): _____ Postcode(〒): _____

Tel(電話番号): _____ E-mail(eメール): _____
(with international code)

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

International or National Sport Organization(連盟): _____

Please mark the appropriate box(あてはまる□にXでマークしてください。)

- I am part of an International Federation Registered Testing Pool (国際競技連盟の検査対象者リストに掲載)
- I am part of a National Anti-Doping Organization Testing Pool(JADAの検査対象者リストに掲載)
- I am participating in an International Federation event for which a TUE granted pursuant to the International Federation's rules is required -Name of the competition: _____
(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。競技会名 _____)
- None of the above (上記のいずれにも該当しません。)

If athlete with disability, indicate disability: _____

(障害を有する競技者は、その傷害を記載する。)

2. Medical information (医学的情報)

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

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。)

3. Medication details(禁止物質)

Prohibited substance(s)(禁止物質): Generic name(一般名)	Dose (使用料)	Route(使用経路)	Frequency(使用頻度)
1.			
2.			
3.			

Intended duration of treatment(使用予定期間): (Please tick appropriate box) (該当箇所をチェック・記入)	once only(1度だけ) <input type="checkbox"/> emergency(緊急時) <input type="checkbox"/> or duration (week/month): _____ (または期間(週または月単位))
--	---

<p>Have you submitted any previous TUE application: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>(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)</p> <p>For which substance?(申請した薬剤名)</p> <p>_____</p> <p>To whom?(申請先) _____ When?(申請日) _____</p> <p>Decision(判定) Approved(承認) <input type="checkbox"/> Not approved(非承認) <input type="checkbox"/></p>

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

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.

(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の薬剤では、この医学的状況に対して不十分であることを認証します。)

Name(氏名) _____

Medical specialty(専門医療分野) _____

Address(現住所) _____

Tel. _____

Fax _____ E-mai _____

Signature of Medical Practitioner(医師の署名) _____ Date(日付) _____

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

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.

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。私はアンチ・ドーピング機関(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TEUC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。

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.

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、アンチ・ドーピング規則違反の有無を立証することのみを目的として保持する必要があり、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。

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に不服申し立てができることを理解しています。

Athlete's signature(競技者の署名) _____ Date (記入日) _____

Parent's/Guardian's signature (親権者・保護者の署名) _____ Date (記入日) _____

(if the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

(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記入してください。)

6. Note (注)

Note 1 (注 1)	<p>Diagnosis(診断内容) <i>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.</i></p> <p>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。</p>
---------------------	--

Incomplete Applications will be returned and will need to be resubmitted.

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。

Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records.

(完成させた申請書をADOに提出し、コピー1部を手元に保管しておくこと。)