



【NPB TUE申請書】

(HP用)

(TUE Application Form of Nippon Professional Baseball)
Therapeutic Use Exemption

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)

本申請書の解釈は日本語を優先とする。

(Priority shall be given to the Japanese version)

※球団情報 (Baseball team information)

*球団記入 (Baseball team entry)

◆球団担当者 (Person in charge) 氏名 (Name)	◆申請日 (Application day) (西暦)年y 月m 日d
住所 (Address)	電話 (TEL)
携帯電話 (Cell phone)	FAX

1. 競技者に関する情報 (Athlete Information)

*競技者記入 (Athlete)

(ふりがな)
姓 _____ 名 _____
(Surname): _____ (Given Name): _____

男 女性 生年月日 _____ 日 _____ 月 _____ 年(西暦)
(Male) _____ (Female) _____ (Date of Birth): _____ (d) _____ (m) 19 _____ (y)

チーム名 _____ 背番号 _____
(Team): _____ (Back number): _____

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):

あなたは、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?): _____

申請先 (To whom?): _____ 申請日 (When?): _____

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

2. 医学的情報 (Medical Information)

*医師記入 (Medical practitioner)

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):

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)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

3. 薬剤使用の詳細 (Medication details)

*医師記入(Medical practitioner)

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.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

使用予定期間 (Intended duration of treatment)

1度だけ 緊急時 または期間(週または月単位):
 (once only) (emergency) or duration (week/month)

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

*医師記入(Medical practitioner)

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、この医学的状態に対して不十分であることを認証します (I certify that above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition.)

専門医療分野 (Medical specialty):

氏名 (Name):

E-mail:

勤務先医療機関 (Hospital):

郵便番号 (Postcode) -

住所 (Address):

TEL: Fax:

医師の署名 (Signature of Medical Practitioner)

日付 (Date): 日 (d) 月 (m) 20 年(西暦) (y)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

5. 競技者の宣誓 (Athlete's declaration)

*競技者記入(Athlete)

私 _____ は、上記1の記載情報が真正であること、NPB禁止リストの物質又は方法の使用許可を申請していることを証明します。規定の定めに基づき、NPB、NPB職員、NPB-TUEC(治療使用特例委員会)に対して個人的な医療情報が供与されることを認めます。私は、私の代わりに私自身の医療情報を取得できるというこれら機関の権利を無効にしたいと考える場合、担当医と本申請を行ったNPBに対して、その旨を書面で通知しなければならないことも承知しています。

I, _____ certify that the information under 1. is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the NPB Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the NPB as well as to NPB staff; to the NPB TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and NPB in writing of that fact.

競技者の署名 日付 日 月 年(西暦)

(Athlete's signature) : _____ (Date) _____ (d) _____ (m) 20 _____ (y) _____

保護者の署名 日付 日 月 年(西暦)

(Parent's/Guardian's signature) : _____ (Date) _____ (d) _____ (m) 20 _____ (y) _____

競技者本人が未成年である場合、又は身体上の障害から本申請書に自分で署名できない場合、親または保護者が代わって署名するか、競技者と連署する (If the athlete is 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)

6. 注 (Note)

Note 1	<p>診断内容 (Diagnosis)</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。(Evidence confirming the diagnosis must 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.)</p>
--------	---

※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 Applications will be returned and will need to be resubmitted)

※完成させた申請書を、あなたが所属する球団を通じてNPBに提出し、記入済み申請書のコピー1部を大切に保管しておくこと。(Please submit the completed form to NPB and keep a copy

of the completed form for your records.)

極秘資料

STRICTLY CONFIDENTIAL

p3/3