

LIST OF MEDICINES TAKEN

摂取医薬品リスト

(article 359 of the Anti-Doping Rules/JCF 規則第 99 条 31.)

SHINSHU CYCLO-CROSS

Name of the race 競技大会名	NOBEYAMA KOGEN ROUND () 信州シクロクロス野辺山高原ラウンド	Country 国
Date of the race 競技大会日付	-----	
Team/Club チーム/クラブ	-----	
The undersigned team / club doctor 署名したチーム/クラブの医師名/責任者	(携帯番号)	
Name and address 氏名と住所	-----	

declares that in the 72 hours prior to the start of the event the following riders* have taken medicines or undergone treatments as follows:78^

レースのスタート前 72 時間以内に、下記の競技者* が、以下に示す医薬品を摂取し、あるいは、下記の治療を受けたことを申告する:

Rider 競技者	Medicine or treatment (indicate dose and manufacturer) 医薬品または治療(用量および製造業者を示す)
1.	-----

2.	-----

3.	-----

4.	-----

5.	-----

6.	-----

Date
日付

Signature
署名
(チーム責任者携帯番号)

* N.B. - All the riders of the team / club taking part in the event must be listed; where applicable indicate "none".

*注意: そのレースに参加するチーム/クラブのすべての競技者を列挙し、該当しない場合には、"none" (なし)と記載する。

