**治療用途豁免申請表**

(請詳填下列各項或打字)

**1.申請選手資料**

|  |
| --- |
| 姓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_性別：□男 □女  地址:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  縣市:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  聯絡電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電子郵件\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  運動種類\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_項目或下場位置\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  所屬單位(單項運動協會或服務單位) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_  身心障礙選手請註明身心障礙狀況\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ |

**2.接受治療狀況**

|  |
| --- |
| 就診或治療狀況  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  診斷證明述明需使用禁用清單內藥物或方法  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ |

**3.治療狀況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施用物質學名 | 劑量 | 施用方法 | 使用頻率 | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |
| 預計施用期間 | □施用一次□緊急狀況□施用期間(週/月)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 曾提過TUE申請?　　　　　□申請過　□未曾申請  TUE申請藥物  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  審核單位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_審核時間\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TUE審核結果　　□獲核可　□未獲核可 | | | |