**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 |