

V TUE 申請書の記入例

治療使用特例申請書類は全て英語で記載してください。申請書類は12枚あります。ここではアスリートや医師による記入が必要な書類のみ掲載しています。医師が記載する欄のみを確認する場合は、P32-33,35,38-39をご確認ください。P15「遡及的TUE申請」については、治療状況によっては医師の方のサポートが必要です。アスリートが質問した場合に備えてご確認ください。

1 競技者情報

記入:アスリート



Ver.202302

Japan Anti-Doping Agency (JADA) Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form 【治療使用特例 (TUE) 申請書式】

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 2, 3 and 7; Physician to complete sections 4, 5 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

全てのセクションに大文字又はタイプでご記入ください。セクション1、2、3及び7は競技者が、セクション4、5及び6は医師がご記入ください。申請が判読不能又は不備を有する場合には返却されますので、判読可能かつ不備のない書式により再提出してください。

1. Athlete Information 競技者情報 [※英語記入]

Last Name:	TANAKA	First Name(s):	TARO
氏 (漢字)	田中	名 (漢字)	太郎
Female:	<input type="checkbox"/>	Male:	<input checked="" type="checkbox"/>
女性		男性	
Date of Birth (dd/mm/yyyy):	01 (dd) 日 / 01 (mm) 月 / 19XX (yyyy) 年		
生年月日 (日/月/年)			
Address:	4-5-6, HIGASHIGAOKA		
住所			
City:	NATORI, MIYAGI	Country:	JAPAN
市		国	
Postcode:	678-0099	Telephone: (with International code)	+ 81-90-0000-2222
郵便番号		電話番号 (国コード含む)	
Sport:	▲▲▲▲▲	Discipline:	
競技		種目	

必ず連絡ができる住所・連絡先を記載すること(書類の不備等の連絡をする場合があります)。

日本の場合、国番号 +81 を記載し、続けて先頭の0を削除した番号を記載。

種目がある場合は、種目も記載

必要事項がすべて記載された書式を、次に示された方法により、日本アンチ・ドーピング機構に提出してください。また、自分の記録のために必ず写しを保持してください。

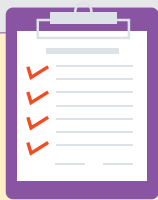
送付先: 公益財団法人日本アンチ・ドーピング機構 TUE委員会
〒112-0002 東京都文京区小石川1-12-14 日本生命小石川ビル4階
FAX 03-5801-0944 (FAXで申請した場合は、必ず原本を郵送すること)

		期日	担当者
受付	FAX	月 日	
	郵送	月 日	
	追加資料	月 日, 月 日	
結果	送付	月 日	
	ADAMS	月 日	

(JADA記入欄)

申請第 _____ 号
(Application No.)

ご自身の記録のためにコピーを保持してください。送付先をご確認ください。



申請される方へ

- 申請書を提出する前に、**未記入箇所がないこと**を必ずご確認ください。
- 記入漏れ、情報不足が確認された場合は、受付できません。
- アスリートと医師は、**同一書面に記載**ください。書式を個別に申請されたものは同一書類とみなしません。

記入:アスリート



Ver.202302

2. Previous Applications 過去の申請 [※英語記入]

Have you submitted any previous TUE application (s) to any Anti-Doping Organization for the same condition?
過去に同じ条件（健康状態）のTUE申請をアンチ・ドーピング機関に提出したことはありますか？

Yes ☒ No ☐
はい いいえ

For which substance (s) or method (s) ?
どのような物質又は方法について過去にTUE申請を提出しましたか？

PREDNISOLONE

To whom? JAPAN ANTI-DOPING AGENCY When? 03/12/2018
誰に提出しましたか？ いつ提出しましたか？

Decision: Approved ☒ Not approved ☐
決定: 承認 非承認

過去にTUE申請をしたことがあれば記入。申請がなければ、No ☒を選択してください。

TUEが認められている物質名を記載

TUEを申請した組織名を記載
TUEの提出日(dd/mm/yyyy)

3. Retroactive Applications 遡及的申請 [※英語記入]

Is this a retroactive application?
これは遡及的申請ですか？

Yes ☒ No ☐
はい いいえ

If yes, on what date was the treatment started?
「はい」と答えた場合、治療の開始日はいつですか？ 30/12/2021

Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE):
以下の例外のいずれかが適用されますか？ (ISTUE第4.1項):

☒ 4.1 (a) - You required emergency or urgent treatment of a medical condition.
医学的状態の救急又は緊急の治療が必要であった。

☐ 4.1 (b) - There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.
ドーピング検査を受ける前に、TUE申請を提出する、又はその評価を受けることの妨げとなる、時間や機会の不足、又は他の例外的な事情があった。

(3ページへ続く)

今回申請する内容が、以下の遡及的理由4.1 (a) から (e) の要件に適用するかを確認し、適用する場合は該当理由をチェック ☒ すること。

緊急治療についての情報が必要となるため、緊急治療や治療開始を急ぐ場合は、アスリートへその状況と禁止物質の投与開始日を具体的に伝えてください。

(JADA記入欄)

申請第 _____ 号
(Application No.)



☐ 4.1 (c) - You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per Japan Anti-Doping CODE 2021 (p15-p16) .

日本アンチ・ドーピング規程 (p15-p16) に基づき、あなたは事前のTUEの申請が許可されなかったか、または要請されなかった。

☐ 4.1 (d) - You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or National Anti-Doping Organization and were tested.

あなたは国際競技連盟又は国内アンチ・ドーピング機関の管轄に属さないレベルの選手であり、検査を受けた。

☐ 4.1 (e) - You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition (e.g. S9 glucocorticoids (See the Prohibited List)) .

あなたは競技会(時)においてのみ禁止された物質を競技会外で使用了後、ドーピング検査で陽性の結果を受けた(禁止表のS6からS9を参照。例:S9糖質コルチコイド)。

Please explain (if necessary, attach further documents)

説明してください(必要でしたら関係書類を添付してください)

☐ Other Retroactive Applications (ISTUE Article 4.3) 他の遡及的申請 (ISTUE 第4.3条)

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an Athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE.

ISTUEにおける他の条項にもかかわらず稀で例外的な事情において、世界アンチ・ドーピング規程 (CODE) の目的を考慮すると、遡及的なTUEを付与しないことが明らかに不正である場合には、競技者はそのTUEのための遡及的な許可を申請し、付与されることができる。

In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

第4.3項に従い申請を行うために、完全に論拠となる書類を含み、すべての必要な補足文書を添付してください。

国際レベルまたは国内レベル(国内最高レベルの競技会)以外のアスリートでドーピング検査の対象となった場合に[X]する。

競技会(時)においてのみ禁止された禁止物質を競技会以外の期間で使用了後、ドーピング検査で陽性の結果を受けたため遡及的申請する場合に選択してください。この場合、処置した日付などを確認できる医療情報の提出が必要です。

(JADA記入欄) ----->

申請第 _____ 号
(Application No.)

2 医学的情報

記入: 医師



Ver.202302

Physician to complete sections 4, 5 and 6.
セクション4、5及び6は医師がご記入ください [※英語記入]

4. Medical Information (please attach relevant medical documentation) 医学的情報 (関係する医療文書を添付してください) [※英語記入]

Diagnosis (Please use the WHO ICD classification if possible):
診断 (可能な限り WHO の国際疾病分類 (ICD) を使用してください)

ULCERATIVE COLITIS

4医学的情報、5薬剤の詳細、6医師による宣誓書については、医師が記入する書類です。

可能な限りWHOの国際疾病分類(ICD)に従い疾患名を記載ください。

5. Medication Details 薬剤の詳細 [※英語記入]

Prohibited Substance(s)/Method(s) Generic name(s) 禁止物質 / 方法 一般名	Dosage 投与量	Route of Administration 投与経路	Frequency 投与頻度	Duration of Treatment 治療期間 (予定する治療期間) (週及的申請時は日付)
1. PREDNISOLONE	5mg/day	ORAL	1 time/day	1 year
2.				
3.				
4.				
5.				

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical information must 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. In addition, a short summary that includes the diagnosis, key elements of the clinical exams, medical tests and the treatment plan would be helpful.

この申請には、診断を裏づける証拠(医療情報提供書)を添付し、一緒に送付することが必須です。その医学的証拠には、包括的な病歴及び申請に関係する全ての診察所見、臨床検査及び画像検査の結果が含まれなければなりません。また、可能であれば、病歴の報告又はレポートの原本の写しも含めなければなりません。さらに、診断、臨床検査、医学的検査及び治療計画を含めた概略もあればご用意ください。

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

禁止されていない薬剤で治療可能な場合には、禁止されている薬剤に対するTUEの正当性を示してください。

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term "Checklist" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>.

WADAは、競技者及び医師が完全かつ綿密なTUE申請書を作成出来るように一連のTUEチェックリストを管理しています。これらのチェックリストは、WADAウェブサイト (<https://www.wada-ama.org>) 上で "Checklist" という検索語を入力することにより利用することができます。

(JADA記入欄)

申請第 _____ 号
(Application No.)

STRICTLY CONFIDENTIAL
極秘資料

p4/12

欄が足りない場合、紙の隙間あるいは別紙に記載

複数の物質を含む配合剤は個々の物質名を記載(漢方の方剤名は物質名ではない)

一日の投与量を記載
単位も記入すること
【例】 5 mg/day

投与頻度を記入してください
単位も記入すること
【例】 1 time/day

! 治療期間は、申請後に予定している治療期間を記載ください。
※これから治療する場合: 治療開始日～治療予定期間を記載
※週及的申請: 実際に治療した日付を記載



6. Medical Practitioner's Declaration 医師による宣誓書 [※英語記入]

I certify that the information in sections 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) (ADO) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes (see the Japan Anti-Doping Agency's Privacy Policy and the ADAMS Privacy Policy for more details).

上記セクション4及び5の情報は正確であることを証明いたします。本TUE申請書に関して、TUE審査手続きに関連して、又はアンチ・ドーピング規則違反の調査又は手続きに関連して、専門的な評価を検証することを目的に、アンチ・ドーピング機関(ADO)が私に連絡を取るために私の個人情報が使用される可能性があることを認識し、これに同意いたします。また、上記の目的のために私の個人情報がアンチ・ドーピング管理システム(ADAMS)にアップロードされることについても認識し、これに同意します(詳細は日本アンチ・ドーピング機構個人情報保護に関する基本方針(プライバシー・ポリシー)及びADAMSプライバシーポリシーを参照してください)。

Name:	ISHINO DOTARO		
氏名	ISHINO DOTARO		
Medical specialty:	GASTROENTEROLOGICAL MEDICINE		
専門医療分野			
License body/number:	Ministry of Health, Labour and Welfare, 第●●●●●●号		
医師免許発行機関/医師免許番号			
Address:	1-2-3, NISHIGAOKA, HIGASHI		
住所			
City:	SENDAI, MIYAGI	Country:	Japan
市		国	
Postcode:			
郵便番号			
Telephone: (with International code)		Fax:	
電話番号(国コード含む)		ファクシミリ	
E-mail:	abc@dddddd.com		
eメール			
Signature of Medical Practitioner:			
医師の署名			
Date:	21/07/2022		
日付			

医療機関等、医師と
連絡をとることができる
連絡先を記載

日本の場合、国番号
の+81を番号の前に
記載し、0を削除し、
記載

署名と日付を記載

(JADA記入欄) →

申請第 _____ 号
(Application No.)

3 競技者による宣誓書

記入:アスリート



Ver.202302

7. Athlete's Declaration 競技者による宣誓書 [※英語記入]

I, TANAKA TARO, certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

私こと、田中 太郎 は、セクション1、2、3及び7における情報が正確かつ完全であることを証明いたします。

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

私は、私の医師が私のTUE申請の実態を評価するために必要と考えられる医療情報及び記録を次の受領機関に開示することを許可します。：私のTUEの付与、却下又は承認の決定に責任を有するアンチ・ドーピング機関(ADO)、ADOの決定がISTUEを尊重したものであることを確保する責任を有する世界アンチ・ドーピング機関(WADA)及び関係するADO及びWADAのTUE委員会(TUEC)のメンバーである医師であって、世界アンチ・ドーピング規程及び国際基準に従い私の申請書類を審査するために必要とする者、及び私の申請書類を評価するために必要な場合は第三者の医学、科学又は法律の専門家。

I further authorize Japan Anti-Doping Agency to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

また、私は、日本アンチ・ドーピング機構が、上記の理由のために補足的な医学的情報及び記録を含む私の完全なTUE申請書類を他のADO及びWADA開示することを許可し、これらの関係者は私の申請書類を評価するために、私の完全な申請書類を他のTUECメンバー及び関係する専門家に提供する必要もあることを理解し、これに合意します。

I have read and understood the TUE Privacy Notice (below) explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

私は、私のTUE申請に関連して私の個人情報がかかるように加工されるかを説明したTUEプライバシー通知(下記)を読み、理解しており、その条件を受け入れます。

Athlete's signature:
競技者の署名

田中 太郎

Date(dd/mm/yyyy):
日付

19/07/2022

Parent's/Guardian's signature:
親/保護者の署名

Date(dd/mm/yyyy):
日付

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

(競技者が未成年であるか、又は支障がある障害を有している場合、当該競技者に代わりその親又は保護者が署名するものとす)

この書類のあとに『TUE プライバシー通知』という文書(P8-11)があります。これは、TUEに関わる個人情報に関する内容です。必ず確認してください。

(JADA記入欄) →

申請第 _____ 号
(Application No.)

STRICTLY CONFIDENTIAL
極秘資料

p6/12

アスリートの氏名を記載

署名と日付を記載

アスリートが未成年の場合、保護者の署名も必要

4 医療情報提供書

記入: 医師



この書式は、国内限定の書式です。詳細な説明(治療経過)と、客観的な情報として、検査結果や画像データなどを、必ずこの医療情報提供書に加えて添付してください。客観的な医療情報の具体例が必要な場合は、「TUE 審査に必要な疾患別の医療情報例」や各疾患のチェックリストなどを参照してください。→P17参照

国内限定資料 (JADA original) [※英語記入]

Ver.202302

医療情報提供書 (Medical Information Supplement)

西暦 年 月 日

公益財団法人日本アンチ・ドーピング機構
TUE委員会 宛

情報提供元医療機関の

所在地 _____

名称 _____

電話番号 _____

医師氏名 _____ 印

競技者	氏名 (Name)			競技 (Sport)		
	生年月日 (Date of Birth)	昭 ・ 平	年	月	日 (才)	性別 男 ・ 女 (Male) ・ (Female)
既往歴及び家族歴 (Anamnesis and Familial History)						
症状経過及び検査結果 (Course of the symptoms and Test Results)						
治療経過 (Therapeutic course)						
備考 (Remarks Column)						

所見や治療経過が詳細に記載された文書があれば、この書式以外の様式でも受付を行います。また、この書式以外にも必ず臨床検査所見や画像データなどを添付してください。

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

(JADA記入欄) →

申請第 _____ 号
(Application No.)

STRICTLY CONFIDENTIAL
極秘資料

p12/12



TUE 申請書12枚(P29-35)とあわせて提出してください。

Ver.202302
TUE申請書付属

TUE 審査用確認フォーム

本書式は、TUE 審議に係わる補足情報を記載する書類です。以下の項目について日本語で記載ください。

① 本フォーム記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 競技者氏名 _____ ③ 競技者の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 親権者/監護権者の署名 _____

競技者が20歳未満の者であり、又はこのフォームへの記載を妨げる障がいがある場合には、親権者又は監護権者が競技者を代理して署名するものとする。

⑤ アスリート・カテゴリーの確認

申請者(アスリート)のアスリート・カテゴリーについて、以下より該当するものを選択してください。選択した結果、TUE申請先が異なる場合は、申請先のTUE書式にて正しい申請先へ申請書を提出してください。

☐

私は、国際レベル競技者です。

[国際競技連盟(IF)により、国際レベルと定義/分類されたアスリートはIEへTUE申請を提出。]

例)国際競技連盟よりRTP/TP登録されているアスリート

国際競技大会に参加の場合は、必ずIFもしくは該当する競技大会主催者のWEBサイトにてルールを確認

☐

私は、国内レベル競技者です。

[JADAのTUE委員会へ申請]

① JADAに登録されているRTP/TPアスリート

② JADAが指定する競技ごとの国内最高レベルの競技会において協議するアスリート

☐

上記以外のアスリート

[国際レベル競技者または国内レベル競技者ではない競技者]

過去5年間に、以下に該当しないアスリート

- 「国際レベルの競技者」or「国内レベルの競技者」であった者
- オープン・カテゴリーで国際競技大会においていずれかの国を代表したことがある者
- IF/各国アンチ・ドーピング機構によりRTPに指定 or 居場所情報を提出したことがある者

→現時点でTUE申請は不要であり、遡及的TUE申請が可能。国内レベル競技者(国内最高レベルの競技会への参加)や国際レベル競技者に該当する場合に速やかな対応が求められるため、アスリートとして医療記録の保管や速やかなTUE申請の対応ができるよう、日頃よりTUE手続きについて確認を行ってください。

アスリートが未成年の場合、保護者の署名も必要

TUE申請先が異なる場合は、改めて申請先のTUE申請を使用し申請準備をしてください。

(JADA記入欄) →

申請第 _____ 号
(Application No.)

⑥ TUE通知文及び判定書送付先

TUE審査中、あるいは、審査後に通知文等をJADA TUE委員会より送付します。競技者が確実に書類を受領できる郵送先及び連絡先を以下へ記載ください。

以下のいずれか一つを選択し、選択した方の住所と連絡先を記載ください。

☐ 自宅 ☐ 所属先(担当者名：) ☐ その他(氏名：)

〒 _____

連絡先TEL _____

遠征時などを考慮し、
確実に本人あるいは
第三者を通じて本人
と連絡がとれる連絡
先を記載

⑦ 次回出場競技会と期日

TUE申請後に参加予定の競技会名と期日(具体的な日程もしくは何月頃)を記載ください。

(※週及的TUE申請の場合は、週及的申請が必要となる競技会名と期日)

競技会名 _____

競技会期日 _____

必ず競技会情報を
記載

TUE申請情報の使用に関する同意

私(TUE申請者=競技者)のTUE申請情報を、個人が特定できない状態で分析し、アンチ・ドーピング教育啓発活動のためのデータや研究報告等として使用し、公表すること。(同意する場合は以下へ☑を記入ください。)

☐ 上記内容に同意します。

(JADA記入欄) →

申請第 _____ 号
(Application No.)