

치료목적사용면책(TUE) 신청서

모든 항목은 **영어로 작성**하십시오. (자필 및 컴퓨터작성 모두 가능) 선수는 1, 5, 6, 7번, 주치의는 2, 3, 4번 항목을 기입하시기 바랍니다. 글씨체를 알아볼 수 없거나 미완성된 신청서는 반려되며, **판독 가능한 완성된 양식**으로 다시 제출해야 합니다(빈칸없이 모두 기재).

※ 제출서류 : 신청서(3장), 소견서 또는 진단서, 처방전(필요시 검사결과지, 의무기록 등)

1. 선수 인적사항 Athlete Information(국문·영문명 모두 여권과 일치하도록 기재)

※ 이름은 한글과 영어 모두 기입(기타 다른 정보는 모두 영어로 작성)

성: _____ Surname	이름: _____ Given Name	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> Male Female	생년월일(년/월/일): _____/_____/_____ Date of Birth (y/m/d)
주소: _____ (시/도) _____ (시/군) Address Province/City			
우편번호: _____ Postcode	전화번호(국가번호 포함): _____ Tel.(with International Code)		이메일: _____ E-mail
종목: _____ Sport	세부종목/포지션: _____/_____ Discipline/Position		
소속 국제 또는 국내경기연맹: _____ International or National Sport Organization			
출전예정대회(대회명): _____ Planned Competition(Name)			날짜: _____ Date
장애가 있는 경우, 장애내용을 기입하십시오. If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment.			

2. 의료 정보 Medical Information(필요 시 다른 용지에 이어 작성하십시오.)

진단: _____ Diagnosis
<p>만약 사용 허가된 의약품으로도 치료가 가능한 경우, 해당 금지약물을 처방하려는 임상학적 정당성을 설명하십시오. If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>주의사항 (Note)</p>	<p>진단(Diagnosis)</p> <p>신청서와 함께 진단 증빙자료(진단서, 처방전, 소견서 등)를 반드시 첨부하여 제출하여야 한다. 진단 증빙자료에는 포괄적인 병력 및 그와 관련된 모든 검사 보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우, 보고서 또는 문서 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견을 포함시킬 수 있다.</p> <p><i>Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence 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. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.</i></p>
-------------------------------	--

3. 세부 진료내용 Medication Details

금지약물: 약물속명 <i>Prohibited Substance(s): Generic name</i>	1회 사용량 <i>Dose</i>	사용/투여 방법 <i>Route of Administration</i>	사용/투여 빈도 <i>Frequency</i>	예상 치료기간 <i>Duration of Treatment</i>
1.				
2.				
3.				

4. 담당 의사 확인 Medical Practitioner's Declaration

본인은 상기 2, 3번 항목에 기입한 정보가 사실이며, 위에서 언급한 치료가 의학적으로 적절하다는 것을 증명한다. *I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.*

성명 Name : _____ 전공분야 Medical Specialty : _____

주소 Address : _____

전화 Tel. : _____ 팩스 Fax : _____ 이메일 E-mail : _____

의사 서명: _____ 날짜: _____
Signature of Medical Practitioner Date

5. 소급 신청여부 Retroactive Applications

<p>본인에 해당되는 신청 종류에 "V" 표시하십시오. <i>Is this a retroactive application?</i></p> <p>소급 TUE <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>사전 TUE <input type="checkbox"/> No</p> <p>소급 TUE 신청인 경우, 치료 시작일을 명시하십시오. <i>If yes, on what date was treatment started?</i></p> <p>_____</p> <p>(년/월/일 y/m/d)</p>	<p>해당 사유에 "V" 표시하십시오. <i>Please indicate reason:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 응급치료 또는 급성의료조치가 필요했음 <i>Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타 예외적인 상황으로 인해 신청서를 제출할 시간 또는 기회가 충분하지 않았음 <i>Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</i></p> <p><input type="checkbox"/> 적용가능한 규정상 사전 신청이 요구되지 않았음 <i>Advance application not required under applicable rules</i></p> <p><input type="checkbox"/> 기타(아래에 기술하십시오) : <i>Other(Please explain)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

6. 이전 신청여부 Previous Application

<p>본인은 과거에 TUE를 신청한 적이 있다. <i>Have you submitted any previous TUE application(s)?</i></p> <p>당시 신청약물 또는 투여방법 <i>For which substance or method?:</i></p> <p>_____</p> <p>TUE 신청서 제출기관 <i>To whom?:</i> _____ TUE 신청일 <i>When?:</i> _____</p> <p>판결 결과 <i>Decision:</i> 승인 <i>Approved</i> <input type="checkbox"/> 불승인 <i>Not approved</i> <input type="checkbox"/></p>	<p>예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes No</p>
--	---

7. 선수 선언 Athlete's Declaration

본인, _____은(는) 1, 5, 6항목에 서술한 내용이 사실임을 확인한다. 본인은 본인의 의학정보가 세계도핑방지규약(이하 "규약") 및/또는 치료목적사용면책 국제표준에 따라 도핑방지기구, 세계도핑방지기구(WADA)에서 승인한 담당자, WADA 치료목적사용면책위원회(TUEC) 및 기타 이 정보에 대한 권리를 가질 수 있는 도핑방지기구 치료목적사용면책위원회 및 승인된 담당자에게 제공되는 것을 허락한다.

본인은 본인의 주치의가 나의 정보를 위 언급된 기관 및 담당자에게 공개하여 본인의 TUE 신청 고려 및 결정에 사용하는 것을 동의한다.

본인은 본인의 정보가 치료목적사용면책 신청심사와 잠재적 도핑방지규정 위반에 대해 조사 및 절차의 맥락에서만 사용될 것임을 이해하고 있다. (1) 본인의 건강 정보가 사용되는 것에 대해 더 많은 정보를 얻고 싶거나, (2) 접근과 정정에 대한 권리를 행사하고 싶거나, 또는 (3) 이러한 기구가 본인의 의학 정보를 획득하는 권리를 철회하고 싶다면, 담당 의사와 도핑방지기구에 그 사실을 서면으로 통보해야 한다는 것을 이해하고 있다. 본인은 본인의 동의를 철회하기 이전, 규약에서 요구한다면 잠재적 도핑방지규정 위반의 입증 용도로 사전에 제출된 치료목적사용면책 관련 정보가 유지되는 것이 필요하다는 사실을 이해하고 동의한다.

본인에 대한 검사 그리고/또는 결과관리권한이 있는 모든 도핑방지기구 또는 기타 단체가 신청관련 결과를 공유한다는 사실에 동의한다.

본인은 개인정보 및 신청과 관련된 결정을 수령하는 자가 본인의 거주국 외에 위치할 수 있으며, 타 국가의 정보 보호/사생활 보호 관련법이 우리나라와 다를 수 있음을 이해하고 동의한다.

본인은 본인의 개인정보가 이러한 동의사항과 <사생활 및 개인정보 보호 국제표준>에 따라 사용되지 않는다고 판단되는 경우, WADA 또는 스포츠중재재판소(CAS)에 항소할 수 있다.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code. I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

선수 서명: _____ 날짜: _____
Athlete's signature Date

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____
Parent's/Guardian's signature Date

※ 선수가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 경우, 부모 또는 보호자가 선수와 함께 또는 선수를 대신하여 서명할 수 있다. *If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete.*

※ 완성된 신청서는 **한국도핑방지위원회에 우편 또는 이메일을 통해 제출하며, 사본을 반드시 보관하십시오.** Please submit the completed form to KADA by the following means (keeping a copy for your records): Mail or E-mail.