



第 18 回全日本シクロクロス選手権大会

兼 2013 年シクロクロス世界選手権代表候補選手選考会

主催：(財)日本自転車競技連盟 / 主管：第 18 回全日本シクロクロス選手権大会実行委員会

後援：静岡県 静岡県教育委員会 (公財)静岡県体育協会 富士宮市 富士宮市教育委員会 (財)JKA / 協賛：(社)全国競輪施行者協議会、(財)日本自転車競技会、(一社)日本競輪選手会 / 協力：(一社)静岡県自転車競技連盟、日本シクロクロス競技主催者協会(AJOCC)、信州シクロクロス

期日：2012 年 12 月 9 日(日) / 会場：朝霧高原「ふもとっぱら」特設コース(1 周約 3 km)

Communiqué 4

ドーピングコントロールについて

本大会は、UCI 並びに JCF アンチ・ドーピング規則により検査を実施します。

検査に関する重要事項について、項目毎に具体的に内容を以下に説明致しますので、不明な点がありましたら、検査室までお問い合わせください。

- A. 検査に関する競技者の責任：本大会に参加する競技者は自らの責任で、自身が検査の対象になっているかどうかの確認を行ってください。具体的には、何らかの事情でシャペロンからの通知がなされなかったり、あるいは掲示がされなかった場合にも、**自らの責任で検査室に出向き、自身が検査の対象になっているかどうかの確認をしてください。**

シャペロン：対象選手への通知から検査室までの誘導を担当する競技役員

- B. 検査対象選手：検査対象選手は、出走した選手全員が対象となります。仮に何らかの理由で競技を途中で中止した場合でも、競技終了まじかに対象選手を掲示しますので、それまでは帰宅しないようご協力ください。

- C. 検査対象選手への通知・掲示：検査対象選手への通知は、掲示とシャペロンにより行います。掲示は、検査室、コミュニケボードに掲示します。

- D. 検査場所：検査は、朝霧高原ふもとっぱら宿泊棟 1 階で行います。

- E. 検査室への到着時間：検査対象となった選手は、**シャペロンによる通知を受けてから 30 分以内**に、写真付証明書を携行し検査室に到着してください。

- F. 摂取医薬品リストの提出：受付時に受領した摂取医薬品リストは、スタート前に作成し、出走サインをする際に担当役員に提出してください(服用がない場合も“なし”と記入し作成)。その際、競技者に連絡がつく連絡先を明記することを忘れないでください(携帯電話等)。

検査に対する競技者のご協力をお願い申し上げます。

平成 24 年 12 月 8 日

大会リード DCO 笠師 久美子

PEARLIZUMI

ANCHOR

AEON



JINS

Meitan SuperAthlete

伊藤超短波

Toko Metal Multi Material Recycler



この事業は、競輪の補助を受けて実施します。 <http://ringring-keirin.jp>



第 18 回全日本シクロクロス選手権大会

兼 2013 年シクロクロス世界選手権代表候補選手選考会

主催：(財)日本自転車競技連盟 / 主管：第 18 回全日本シクロクロス選手権大会実行委員会

後援：静岡県 静岡県教育委員会 (公財)静岡県体育協会 富士宮市 富士宮市教育委員会 (財)JKA / 協賛：(社)全国競輪施行者協議会、(財)日本自転車競技会、(一社)日本競輪選手会 / 協力：(一社)静岡県自転車競技連盟、日本シクロクロス競技主催者協会(AJOCC)、信州シクロクロス

期日：2012 年 12 月 9 日(日) / 会場：朝霧高原「ふもとっばら」特設コース(1 周約 3 km)

Communiqué 5

摂取医薬品リスト (国内大会用) (JCF 規則第 99 条 31.)

競技大会名 第 18 回全日本シクロクロス選手権大会

競技大会日 2012 年 12 月 9 日

チーム名 _____

チームドクター名 _____

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：

| 競技者 | 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. _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ |
| 8. _____ | _____ |
| 9. _____ | _____ |
| 10. _____ | _____ |

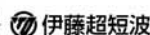
チーム責任者氏名並びに署名(この書類に関する責任者)

日付 _____

氏名 _____ 署名 _____

チーム責任者携帯電話番号 _____

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)と記載してください



この事業は、競輪の補助を受けて実施します。 <http://ringring-keirin.jp>