



FUKUSHIMA POWERLIFTING ASSOCIATION

第74回福島県総合体育大会
第36回福島県パワーリフティング選手権大会
兼 いちご一会とちぎ国体 福島県予選会
開催要項

- 《主催・主管》 主催：公益財団法人福島県体育協会 須賀川市 主管：福島県パワーリフティング協会
- 《公認》 公益社団法人 日本パワーリフティング協会
- 《日時》 令和3年11月7日(日)
☆検量 10:00～ ☆競技開始 12:00～(予定)
- 《会場》 須賀川アリーナ「サブアリーナ」<所在地> 福島県須賀川市牛袋町5
TEL:0248-76-8111
<交通> JR須賀川駅から車で約5分 須賀川IC直近
- 《参加資格》 令和3年度JPA選手登録済みで満14歳以上の男女。
かつ、住所、勤務先、所属ジム及び所属団体が福島県内にある者
- 《競技規則》 JPA日本パワーリフティング協会公式ルールに基づく個人戦。
※ノーギアとフルギアの2部門行いますが、国体予選に出場の場合はノーギアとなります。
また、フルギア出場の場合はオープン参加となりますのでご了承ください。(記録は公認されます)
- 《階級》 【女子】 各部門：47、52、57、63、69、76、84、84kg超級(8階級)
【男子】 各部門：59、66、74、83、93、105、120、120kg超級(8階級)
- 《表彰》 ☆ 賞状 男女 各階級1位～3位
☆ 最優秀選手賞、優秀選手賞 全階級を通してIPFスコアが1位、2位の選手
☆ 最優秀新人賞 競技歴概ね2、3年未満の中から優れた選手
- 《参加費》 一般 5,000円 大学生 4,000円 中・高校生 3,000円
- ※必ず大会開催日までに選手登録を済ませてください。
- 《申込方法》 参加費を入金後、参加申込書・記録カード兼誓約書に必要事項(太枠内)をご記入、ご捺印の上、郵送のこと。
参加費の口座振込を証明する書類の写しを同封すること。
- 《申込先/問い合わせ》
- 〒962-0053 福島県須賀川市卸町24番地 ステップオン内
「福島県パワーリフティング協会 大会事務局」宛
振込先：福島銀行 須賀川支店 普通 口座番号1163771 福島県パワーリフティング協会
※お問い合わせは福島県パワーリフティング協会 大会事務局 太田まで TEL090-4552-3880
- 《申込締切》 令和3年10月8日(金) 必着 ※厳守
- 《諸注意》 ① 申込締切日を過ぎての参加取り止めの場合、参加費は返却されません。
② 選手エントリーは締切り後に公表予定。
③ 各自で事前に健康チェックを行い、体調管理チェックシートの提出をすること。
④ 今大会は選手、セコンド及び大会関係者以外の立ち入りを禁止します。(無観客試合)
⑤ 大会ではプレート=BULL シャフト=ROGUE 公式台=ELEIKOを使用予定。
⑥ ゴミは各自で持ち帰り、絶対に会場に残さないようご協力ください。

【個人情報の取り扱いについて】

本大会の参加申込書等に記載された個人情報は、次の目的以外には使用しません。
① 本大会の準備・運営・結果発表(氏名・年齢・所属・記録の公表)
② 今後の大会・講習会等のご案内通知
③ 万が一、新型コロナウイルスが発生した場合
※本大会の参加者本人を含む会場風景や競技中の写真を事業活動のために利用することがあります。

第74回 福島県総合体育大会 参加申込書・記録カード・誓約書

大会名		区分	性別	○
第36回福島県パワーリフティング選手権大会 兼いちご一会とちぎ国体 福島県予選会		パワーリフティング	男	
			女	
		ブロック大会出場希望	有	
			無	
参考カテゴリー		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MII <input type="checkbox"/> MIII <input type="checkbox"/> MIV <input type="checkbox"/> ジュニア <input type="checkbox"/> サブジュニア <input type="checkbox"/> オープン参加		
NO,	階 級	フリガナ	生 年 月 日	
	kg級	氏 名	西暦	年 月 日生
			(カレンダーイヤー)	歳

※カレンダーイヤーとは、開催年の12月31日時点の年齢

グループ	選手ID	所属団体	検 量	コスチューム
			kg	役員印
スクワットの高さ		ベンチの高さ		足 台
段目		段目		補 助
				要 ・ 不要
				センター ・ 不要

種 目	第1試技	重量変更	第2試技	第3試技	記 録
スクワット	kg	kg	kg	kg	kg
種 目	第1試技	重量変更	第2試技	第3試技	記 録
ベンチプレス	kg	kg	kg	kg	kg
種 目	第1試技	重量変更	第2試技	第3試技	記 録
デッドリフト	kg	kg	kg	kg	kg
コメント (本大会への意気込み、キャッチフレーズ等)			重量変更①	重量変更②	サブトータル
			kg	kg	kg
				IPF (ウルクス) スコア	トータル
					kg
					順 位
					位

誓 約 書

福島県パワーリフティング協会 御中

本大会の参加に際して、開催期間中に発生した事故やトラブルに関しては、参加者本人が自らの責任において解決するものとし、大会主催者及び主管協会に一切のご迷惑をおかけいたしません。

また、将来にわたって一切の請求をしないことを誓約いたします。

日本アンチ・ドーピング機構が定めるドーピング防止規程及び関係規則類を遵守し、JPAのアンチ・ドーピング活動に従います。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____ TEL _____

E-mail _____

福島県パワーリフティング協会

新型コロナウイルス感染防止対策

参加者全員が遵守すべき事項

- 以下の事項に該当する場合は、自主的に参加を見合わせる
 - ・体調がよくない場合(例:発熱、咳、咽頭痛、倦怠感、味覚臭覚の異常などの症状がある場合)
 - ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
 - ・大会開催日の2週間前の時点もしくはそれ以降に、PCR 検査等で陽性反応があった場合、感染者および保健所から濃厚接触者と認められた場合
- 参加者は毎日の健康と行動の記録(大会2週間前と大会当日の体調管理チェックシート)の提出をすること
- 厚生労働省から提供されている新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCOA)やその他必要に応じた通知サービス等をインストールの上、利用状態にし、常に携帯すること。
- 原則、無観客での開催とする
- こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること
- マスクを持参し、試技中、ウォームアップ実施時以外はマスクを着用すること
- 他の参加者、主催者スタッフ等との距離(できるだけ2mを目安に(最低1m))を確保すること
- 更衣室や選手参集・待機所、ウォームアップエリアなどでは、大会運営者の指示に従い、「3密」を回避する行動をとること、また、不要な会話・接触は控えること
- 会場内における飲食は水分補給を除き、禁止とする。(食事は屋外及び自家用車を利用のこと)
- 喫煙は重症化のリスク因子と考えられているため、禁煙を強く推奨する
- 大会前後の不要不急な懇親会等の開催を控えること
- 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従うこと
- 大会終了後、万が一体調不良となった場合や、新型コロナウイルス感染者となった場合は、医療機関、保健所等の指示に従うとともに、大会運営者に速やかに報告すること

競技を行う際の留意点

- 競技中に大きな声での会話、応援等をしないこと
- 素手でのハイタッチや握手はひかえること
- 滑り止めを要する場合、選手自らが準備した液体の滑り止めを使用すること。(共用しない)
- ウォームアップ上において器具使用後は、都度アルコール消毒を実施すること
- セコンドについては原則無しとする。

大会開催可否判断について

以下の状況となった場合、大会開催可否について検討することとする

- ・新型インフルエンザ等特別措置法に基づく緊急事態宣言が発令された場合
- ・県独自の緊急事態宣言等の発令またはイベント開催自粛要請がされた場合
- ・県内医療機関の新型コロナウイルス感染症患者受け入れが対応不可となった場合
- ・大会参加者および大会運営関係者に感染者が発生し、競技運営に支障をきたす場合
- ・その他新型コロナウイルス感染症に起因する事象により大会の開催が困難と想定される場合

福島県総合体育大会 健康チェックシート (大会前2週間用)

チェックシートは大会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

団体名	※保護者欄は少年の部以下の場合のみ															
氏名	連絡先	保護者連絡先														
項目	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
体温		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	咳(せき)が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	痰(たん)がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	だるさ(倦怠感)がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
嗅覚以上がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
行動歴	新型コロナウイルスに感染(陽性)された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	政府から入国制限、入国後の観察時期が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	クラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> はいに該当する場合、訪れた都道府県名を記入してください。															

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間保管した後、破棄します。