

第 2 1 回 北信越ベンチプレス選手権大会 開催要項

日 時	令和 3 年 1 0 月 1 7 日 (日) 受付・検量 8 : 3 0 開会式 9 : 3 0 競技開始 1 0 : 0 0
会 場	いしかわ総合スポーツセンター マルチパーパス 〒920-0355 金沢市稚日野町222番地 当日問合せ・連絡先：石川県協会理事長 林 靖弘 (携帯 090-2372-5784)
主 催	石川県パワーリフティング協会
共 催	福井県、富山県、新潟県、長野県パワーリフティング協会
後 援	(公財) 石川県体育協会、(公社) 日本パワーリフティング協会(J P A)
出場資格	北信越各県協会において令和 3 年度 J P A 登録済みの 1 4 歳以上の男女。選手登録は、各自で済ませておくこと。大会当日の選手登録は受け付けない。 尚、日本国籍を有していない者であっても、過去 1 年以上適法な在留資格に基づいて日本に滞在している 1 8 歳以上の男女で、J P A 登録済みの選手は参加できる。
競技規定	J P A の規定により、フルギア競技とノーギア競技を実施する。 ■フルギア競技の部は、ベンチシャツ使用可。 ロングスパッツ不可。リフティングスーツ着用のこと。タンクトップは使用不可。 ベンチシャツとスーパースーツの組み合わせは不可。 ■ノーギア競技の部は、ベンチシャツ、タンクトップは使用不可。T シャツとリフティングスーツ、T シャツとスパッツの組合せは可。なお、日本記録挑戦の場合、スパッツの使用は不可。ベルト、リストラップは使用可。 ■フルギア競技とノーギア競技は同時進行。 両競技のダブルエントリーは不可。 申込階級と当日の検量が相違する場合は、オープン参加となる(順位が付かない)。 一般と各カテゴリーのWエントリー不可。(どちらか選択)
階 級	男子：59、66、74、83、93、105、120、120kg 超級 (ジュニア、サブジュニアのみ53kg級) 女子：47、52、57、63、69、76、84、84kg 超級 (ジュニア、サブジュニアのみ43kg級)
年 齢 別	①一 般：満 1 4 歳以上の全年齢対象 (カレンダーイヤーを基準とする) ②サブジュニア：1 4 歳～ 1 8 歳 (カレンダーイヤーを基準とする) ③ジュニア：1 9 歳～ 2 3 歳 (カレンダーイヤーを基準とする) ④マスター I：4 0 歳～ 4 9 歳 (カレンダーイヤーを基準とする) ⑤マスター II：5 0 歳～ 5 9 歳 (カレンダーイヤーを基準とする) ⑥マスター III：6 0 歳～ 6 9 歳 (カレンダーイヤーを基準とする) ⑦マスター IV：7 0 歳以上 (カレンダーイヤーを基準とする) ⑧マスター V：8 0 歳以上 (カレンダーイヤーを基準とする) ★一般以外のカテゴリーにおいては、カレンダーイヤー (1 2 月 3 1 日まで) の年齢により出場区分が決まる。 <例> 1 2 月 1 日で 4 0 歳になる A 選手は、その年の 1 月 1 日以降、たとえ大会日において 3 9 歳であっても、マスター I の選手となる。 ★ 年齢別カテゴリーのダブルエントリーは不可。
表 彰	各県対抗戦：2 位まで表彰。1 位 = 1 0 点、2 位 = 7 点、3 位 = 5 点、4 位 = 3 点、5 位 = 2 点、6 位 = 1 点 (オープン参加は順位なし。失格は 0 点) 個人戦：フルギア、ノーギア部門とも男女年齢別、各級 3 位まで 特別賞 <優秀選手賞> フルギア、ノーギア部門とも男女各 1 名 (フォーミュラ重量の上位) <敢闘賞> 頑張った選手男女の中から 1 名。

参加費	一般・マスターズⅠⅡⅢⅣⅤ（社会人）：5,000円 大学生、各種専門学校生：3,000円 高校生以下：2,000円
申込	同封の参加申込書（兼誓約書）、アンチ・ドーピングに関する誓約書及び摂取医薬品・サプリメント申告書に必要事項を記入し、 必ず記名捺印の上 、参加費、参加費を振り込みした金融機関の控えとともに、下記宛て送付のこと。 ※当日参加はコロナ感染症対策のため認めません。 送付先：〒929-1174 石川県かほく市浜北八38-8 石川県パワーリフティング協会 事務局 山口 真矢 振込先：北国銀行 泉支店 普通0067007 石川県パワーリフティング協会 ※尚、振込手数料は各自負担で願います。
申込締切	令和3年9月13日（月）（プログラム作成の関係から期日厳守）

注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ① 参加申込書にID番号の記入が無い場合、選手登録がされていないものとして扱います。ID不明の方は、所属協会に問い合わせ下さい。 ② 北信越各県協会以外のオープン参加はコロナ感染症対策のため不可とします ③ 電話での申込み、締切日を過ぎての申込みは、受け付けません。 ④ 参加費が送金されていない場合、参加申込書（兼誓約書）に捺印のない場合は、受理せずに返却します。 ⑤ 締切日を過ぎてからの参加費の返却要請には、応じられません。 ⑥ 会場内では安全上の注意事項を厳守すること。尚、コロナ感染症対策の観点から、選手及び大会関係者以外の競技会場への入場は禁止します。 ⑦ ゴミは各自で持ち帰り、会場に残さないようご協力ください。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ① 審判等昼食弁当を用意します。（参加状況・コロナ感染状況次第） ② 会場周辺にはレストラン等がありません。あらかじめコンビニ等で昼食弁当をご用意下さい ③ ホテルは、各自で手配ください。 ④ 新型コロナウイルス感染拡大により、大会を中止する可能性もございます。その際は、石川県パワーリフティング協会ホームページに掲載します。

第 2 1 回北信越ベンチプレス選手権大会 参加申込書兼記録票

・予め太枠内及び誓約書欄に記入し、捺印の上、申し込んで下さい。

No.	申込階級	氏 名 (ふりがな)	ID 番号	性 別	生年月日 (西暦)
	kg級 ()			<input type="checkbox"/> 男子 <input type="checkbox"/> 女子	年 月 日 カレンダーイヤー 歳
参加区分に チェック	<input type="checkbox"/> フルギア <input type="checkbox"/> ノーギア				
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MII <input type="checkbox"/> MIII <input type="checkbox"/> MIV <input type="checkbox"/> MV				
検 量	セッション	コート	所属都道府県	所属クラブ・団体・個人	団体 ID 番号
kg		一面実施			
本大会への意気込み、キャッチフレーズ等				日本記録挑戦の予定	
				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

※ 会場で検量後、第 1 試技の重量とラックの高さを記入し提出すること。

ラック高	セーフティラック高さ	足 台	センター補助
cm	上から 段	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

	第1試技	第2試技	第3試技	ベスト	フォーミュラー
ベンチプレス	kg	kg	kg	kg	
変 更	kg	第3試技変更①	kg	/	/
		第3試技変更②	kg	順 位	位
				特別表彰	

誓 約 書

石川県パワーリフティング協会 御中

令和 年 月 日

- ・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、大会主催者及び北信越ブロックの協会に一切の迷惑をおかけ致しません。又、将来にわたって一切の請求をしないことを誓約します。
- ・尚、本大会の参加者本人を含む会場風景や競技中の写真を、JPAが主催する大会や北信越ブロックの所属協会が開催する大会の案内用ポスターやプログラム、JPA及び北信越ブロックの各協会ホームページへの掲載、JPA時報への掲載等を含め、JPAと北信越ブロックの協会の事業活動のために利用されることについて、了承します。
- ・又、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。

住 所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

氏 名 _____

☎ _____

E-mail: _____

★捺印のない場合、受理せずに返却します。よって、参加申し込みはないものとします。

及び摂取医薬品・サプリメント申告書

(公社) 日本パワーリフティング協会 御中
石川県パワーリフティング協会 御中

この度、石川県金沢市で開催される第 21 回北信越ベンチプレス選手権大会出場に関して、
以下医薬品及びサプリメントの摂取について申告致します。

年 月 日

署名(自筆) _____ 印

※日頃摂取している医薬品、サプリメント及び大会日より 1 カ月以内に摂取予定の医薬品、サプリメントは次の通りです。何も無い場合は、「なし」とご記入下さい。

医薬品名やサブリの商品名称	メーカー名 又は販売元	摂取時期又は期間

※正直に申告して下さい。摂取医薬品・サプリメントが 4 製品を超える場合は、別紙に記載して下さい。

ご住所	〒	
ご氏名	Ⓜ	
所属	<input type="checkbox"/> 団体 (名称 :) <input type="checkbox"/> 個人	
連絡先 電話番号	自宅	
	携帯	

★必ず必要事項を記入の上、朱肉により捺印して下さい。捺印がない場合は、本誓約書は無効とし、提出されなかったこととします。シャチハタ及び電子印は認めません。
★入手した個人情報、アンチ・ドーピング対応と今大会の運営に関わる以外に使用しません。

摂取医薬品・サプリメント申告書 別紙

摂取医薬品・サプリメントが3製品をこえる場合は、下記に記載してください。

製品名	メーカーまたは販売元	摂取予定時期

氏名 _____