



2020 年 10 月 20 日

## 第 37 回全日本 BMX 選手権大会 ドーピング検査について（コミュニケ）

1. 本競技大会は、「日本アンチ・ドーピング規程」（以下、JAPAN Code）ならびに公益財団法人日本自転車競技連盟競技規則集第 23 章ドーピング・コントロール」（JCF 競技規則）に基づき、検査を実施いたします。
2. 検査対象競技者：出走した競技者全員が対象となります。競技途中で失格・棄権となった競技者もドーピング検査の対象に含まれます。
3. 検査対象競技者への通知：以下に指定した掲示場所に検査対象競技者のゼッケン番号を掲示します。あわせてシャペロンによる通知も行います。
4. 掲示場所および掲示のタイミング：検査対象競技者は、以下のタイミングおよび場所で掲示します。ドーピング検査対象者の掲示を確認することなく競技会会場を離れ、ドーピング検査に対応する事ができなかった場合には、アンチ・ドーピング規則違反と判断され、制裁を受けることになります。

### 掲示のタイミング

各種目の終了を目処に以下の指定場所へ掲示をします。

### 掲示場所（複数の場所に掲示しています）

- ・メインコミュニケボード
- ・フィニッシュ地点付近
- ・ドーピング検査室前（[大泉緑地](#) [スポーツ広場 B](#) ・ JADA 検査車両）



Comunique.2-2

5. 検査実施場所：検査室設置場所別紙参照（大泉緑地 スポーツ広場 B）
6. ドーピング検査室への出頭：検査対象となった競技者は、検査対象者の掲示確認後可能な限り速やかに、かつ競技会終了後 30 分以内に、ドーピング検査室に出頭してください。その際、写真付身分証明書（例：写真付ライダーズライセンス、運転免許証、パスポートなど）を持参してください。
7. ドーピング検査対象者の掲示が掲示のタイミング以降なされていない場合には、ドーピング検査は実施されません。

ドーピング検査対象者の掲示がなされているか否かは掲示場所にて各自で必ず確認してください。

8. 摂取医薬品リスト提出：受付時（ライセンスコントロール）に受領した摂取医薬品リストは、競技に参加する前に記入し、出走する当日の出走前に出走サイン（バイクチェック）場所へ提出してください。薬物の使用が無い場合でも“なし”と記入し、提出してください。提出の際は、競技者に連絡のつく連絡先を必ず明記してください。

※摂取医薬品リストの記入は、チームごとに参加するすべての選手名（複数名）をカテゴリ別に記入して提出ください（個人で記入して提出することも可）





## 第 37 回全日本 BMX 選手権大会 ドーピング検査室設置場所

Location of Doping Control Station

ドーピング検査室 (JADA 検査車両)



# 記入例見本

## 摂取医薬品リスト（国内大会用）（JCF規則第113条31.）

競技大会名 〇〇〇〇〇大会

競技大会日 2020 年 〇 月 〇〇 日

チーム名 〇〇〇〇〇チーム

チームドクター名 JCF 太郎

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. <u>JCF 一郎</u>	<u>リゲイン(ビタミンB2、ビタミンB6、タウリン、ニコチン酸アミノ、無水カフェイン)</u>
2. <u>JCF 二郎</u>	<u>none</u>
3. <u>JCF 三郎</u>	<u>none</u>
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 2020年 〇月 〇〇日

氏名 JCF 太郎 署名 JCF 太郎

チーム責任者携帯番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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





# NATIONAL CHAMPIONSHIPS **BMX RACE**

第 37 回全日本自転車競技選手権 - BMX レース

2020.10.24-25 Sakai, OSAKA

## 摂取医薬品リスト (国内大会用) (JCF 規則第 113 条 31.)

競技大会名 第 37 回全日本 BMX 選手権大会

競技大会日 2020 年 10 月 25 日 (日)

チーム名 \_\_\_\_\_

チームドクター名 \_\_\_\_\_

下記の競技者が、レースのスタート前 72 時間以内に、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

