



((重要!!)) Anti-Doping Test **ドーピング検査について**



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 本競技大会は、ドーピング検査対象大会です。競技途中での失格者・棄権者も含め出走した全ての競技者がドーピング検査の対象となりますので、全ての競技者は、競技会会場を離れる前に、必ず、ドーピング検査対象者を確認してください。

検査対象者を確認することなく競技会会場から離れ、ドーピング検査に対応することができなかった場合には、ドーピング防止規則違反として制裁を受ける可能性があります。

3 ドーピング検査対象競技者の掲示のタイミングおよび場所は、以下の通りですので、必ず確認してください。ドーピング検査対象者の掲示が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メインコミュニケボードで確認してください。

4 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。

5 掲示場所および掲示のタイミング：

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 (選手受付テント付近)
- ・スタート・フィニッシュ地点付近
- ・ドーピング検査室前
(フィニッシュライン通過後、右側 JADA ドーピング検査車両)

掲示のタイミング

先頭の競技者 (ライダー) がゴールする前に掲示します。



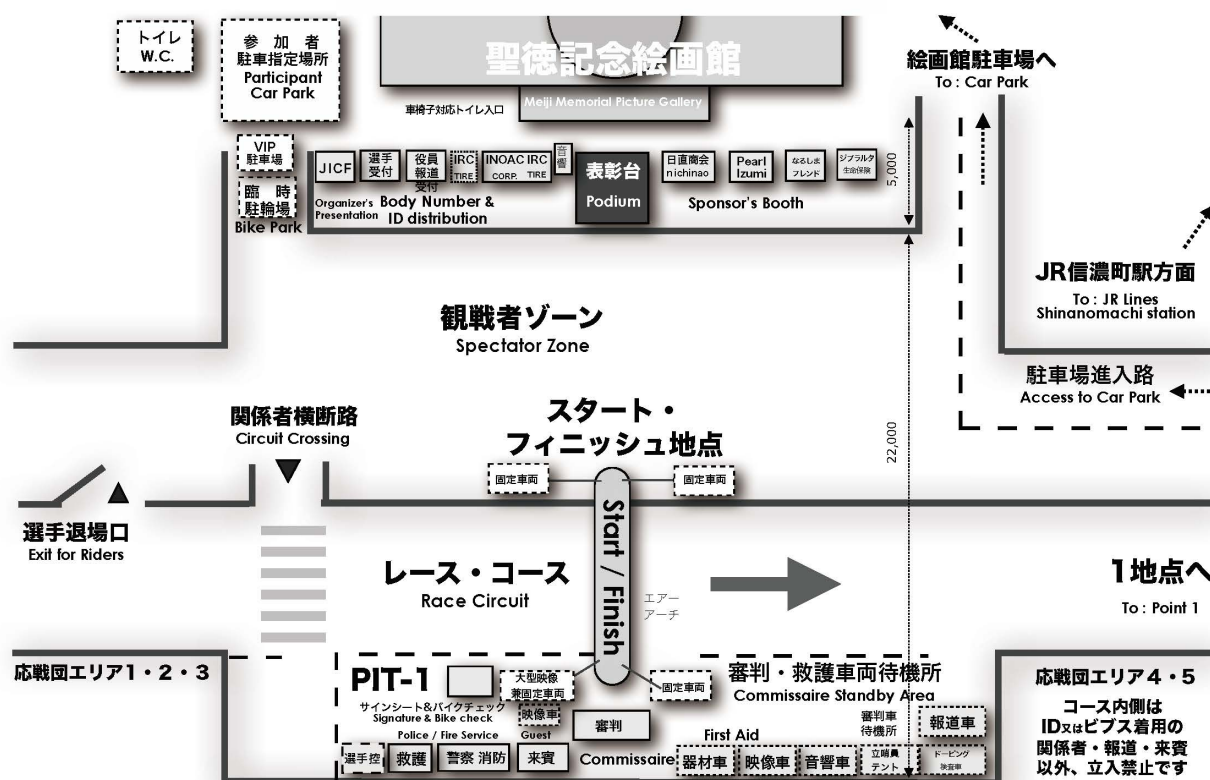


14TH MEIJI-JINGU OUTER GARDEN UNIVERSITY CRITERIUM
第14回 明治神宮外苑大学クリテリウム
 23 FEB 2020 TOKYO / JAPAN



コミュニケ NO.6-2

ドーピング検査室設置場所 Location of Doping Control Station



ドーピング検査車両 ↑
Anti-Doping test room

- 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：写真付競技者ライセンス、運転免許証、パスポートなど）を持参してください。





7 **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）をカテゴリー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）

記入例見本

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 ○○○○○大会

競技大会日 2013年○月○○日

チーム名 ○○○○○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.	JCF 一郎	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）
2.	JCF 二郎	none（なし）
3.	JCF 三郎	none（なし）
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

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 2013年○月○○日

氏名 JCF 太郎 署名 JCF 太郎

チーム責任者携帯番号 090 - 0000 - 0000

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。



14TH MEIJI-JINGU OUTER GARDEN UNIVERSITY CRITERIUM
第 14 回 明治神宮外苑大学クリテリウム
 23 FEB 2020 TOKYO / JAPAN



コミュニケ NO.6-4

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 14 回 明治神宮外苑大学クリテリウム

競技大会日 令和2年2月23日(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. _____	_____

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

