

第76回国民体育大会近畿ブロック大会スポーツクライミング競技 実施要領

Ⅰ 総 則

第1条（運用及び定義）

国民体育大会近畿ブロック大会スポーツクライミング競技（以下「競技」と略称）の開催、及び運営に関する事項は、（公社）日本山岳・スポーツクライミング協会（以下「JMSCA」と略称）制定の、現行の規則集に準じて実施する。ただし、規則集によらない事項及び本大会において実施する事項については、本要項による。

第2条（競技の種別）

競技種別は、成年女子、少年男子及び少年女子とする。

Ⅱ 共通規則

第3条（競技場）

- 1 競技施設は、近畿地区山岳連盟（以下「近畿岳連」と略称）が認めたものとする。
- 2 競技場は、スポーツクライミング競技施設認定規定に準じる。

第4条（公 示）

競技会の公示は、大会開催の3か月前までに行う。

第5条（実施要項及び実施要領等）

競技会の実施要項は、大会開催の1か月前までに近畿地区府県山岳連盟（以下「府県岳連」と略称）に送付する。

第6条（組 織）

競技会の準備、運営及び審判は次の役員が分担する。

- （1）競技会役員
- （2）競技役員
- （3）審判員

第7条（競技会役員の任務）

- （1）競技会場及びその附帯施設についての確認。
- （2）競技運営についての点検。
- （3）総合成績の確認。
- （4）悪天による競技の変更及び中止についての決定。
- （5）選手、監督の資格、退場及び失格の決定。
- （6）その他、必要な事項の処理。

第8条（競技役員構成と任務）

Ⅰ 競技役員構成

- （1）競技委員長 1名
- （2）競技副委員長 1名
- （3）競技委員 若干名
- （4）運営役員 若干名

Ⅱ 競技役員任務

- （1）競技委員長は、競技会の運営を統括し、その結果を競技会会長に報告する。
- （2）競技副委員長は、委員長を補佐し委員長に事故あるときはその職務を代行する。
- （3）競技委員は、種目ごとに定める任務について、競技委員長の指示に従い競技の運営にあたる。

(4) 運営委員は、競技の運営に必要な部署について、競技委員長の指示に従い業務にあたる。

第9条（審判員）

近畿地区府県岳連は、種別ごとに各1名の計2名の審判員を推薦し、正副審判長は2項の定めに従う。

1 審判員の構成

- (1) 審判長 1名
- (2) 副審判長 1名
- (3) 主任審判員 1名
- (4) 審判員 9名

2 審判長（1名）は審判員会議で決定する。副審判長（1名）は審判長が推薦する。

3 主任審判員は、審判員会議で決定する。

第10条（選手のスタート順）

チームのスタート順は、次の通りとする。なお、リード競技の出場順はゼッケンの枝番順とする。

リード競技（L）

種別	1・2番	3・4番	5・6番	7・8番	9・10番	11・12番
成年女子	滋賀	兵庫	京都	和歌山	奈良	大阪
少年男子	奈良	滋賀	兵庫	京都	大阪	和歌山
少年女子	兵庫	奈良	滋賀	大阪	和歌山	京都

ボルダリング競技（B）

種別	1番	2番	3番	4番	5番	6番
成年女子	和歌山	兵庫	大阪	京都	奈良	滋賀
少年男子	京都	和歌山	兵庫	奈良	滋賀	大阪
少年女子	奈良	大阪	京都	兵庫	和歌山	滋賀

第11条（成績の発表）

1 成績の発表は、1日の各種別競技が終了した後、次の手順で行う。

- (1) 当該種目競技が終了した後、種目ごとに種目の順位を決定する。
- (2) 競技役員は、所定の掲示場所に成績表を掲示し、成績を発表する。

2 総合成績の発表は、全競技が終了した後、次の手順で行う。

- (1) 競技委員長は、競技会会長に総合成績順位を報告する。
- (2) 競技会会長は、表彰状の作成及び成績発表について運営委員に指示する。

第12条（ルート・セット）

ルート・セットはJMSCA公認ルート・セッターが行う。

3 リード競技規則

第13条（定義）

1 競技は、チーム単位で実施する。選手は2名とし、両名が順次同一のルートをオンサイトで登る。

2 審査は、別に定める項目について行い、その判定はJMSCA公認審判員が行う。

第14条（競技の構成）

- 1 競技のチーム数は、6チーム以内とする。
- 2 競技役員の構成は、次のとおりとする。

- (1) 審判員 審判長 1名
主任審判員 1名

	審判員	10名
(2) 競技委員	チーフ・ルート・セッター	1名
	ルート・セッター	2名
	ビレイヤー（確保員）	6名
	計測・記録員	2名
	医務員	1名
(3) 補助役員		若干名

3 競技の日程は、1日間とする。

4 一人あたりの競技時間は、6分間とする。

5 競技は、1面のクライミング・ウォールを使用し、チーム単位で一人ずつ実施する。

第15条（競技の方法）

1 オブザベーション

オブザベーション時間は6分間とする。

2 競技中

チームごとに選手1名ずつスタートする。

4 ボルダリング競技規則

第16条（競技の構成）

1 競技のチーム数は、6チーム以内とする。

2 競技役員の構成は、次のとおりとする。

(1) 審判員	審判長	1名
	主任審判員	1名
	審判員	10名
(2) 競技委員	チーフ・ルート・セッター	1名
	ルート・セッター	2名
	計測・記録員	2名
	医務員	1名
(3) 補助役員		若干名

3 競技の日程は1日間とする。

4 各ボルダラーの競技時間は、1チームの選手2名、1基のクライミングウォールの2課題につき5分間とする。

第17条（競技前オブザベーション）

競技前オブザベーション時間は1基のクライミングウォールの2課題につき4分間とする。

付則

1 本実施要領は、事前審判員会議及び近畿ブロック大会の審判会議にて制定する。

2 本実施要領の改廃は、近畿ブロック大会の審判会議において行う。

3 本競技規則要領は、近畿ブロック大会のみに適用し、2021年度の大会にて施行する。

実施要領補足

重要：新型コロナウイルス感染予防対策

競技会場での感染防止対策については、大阪府、スポーツ庁各ガイドライン、JMSCA 国体委員会ガイドラインを守り、感染防止対策を徹底します。本大会への参加にあたって、選手・監督・大会関係者の感染防止を図るため以下の項目についてご協力のほどお願い致します。

1. 無観客

本大会は、無観客で実施いたします。会場へ入場できる方は、以下の通りです。

- ・選手、監督、トレーナー
- ・競技会役員、競技役員、競技補助員、競技会補助員

2. 健康管理

大会の前後2週間は、毎日健康状態を健康管理アプリまたは健康チェックシートに記録してください。健康管理アプリは国体で採用される「GLOBAL SAFETY」を利用してください。

「GLOBAL SAFETY」はスマートフォン専用アプリで、登録にはメールアドレスが必要です。以下のサイトにアクセスし、内容ご確認の上、アプリのインストール、登録をお願いします。

<https://www.gshc2020.com/>

健康状態の記録・入力は、7月3日（土）より開始してください。本大会は選手、監督、トレーナー、役員等の会場に入場するすべての関係者が、原則としてこのアプリでの健康チェックを行います。2週間分の体温・健康記録が受付時に確認できない場合は入場はできません。大会への「参加資格なし」の扱いとなることにご注意ください。

*アプリでの登録が難しい方は、別紙1・2「健康チェックシート」を使用してください。

3. 感染管理

- (1) 接触確認アプリ「COCOA」の利用を推奨します。日常からの活用をお願いします。
- (2) 大会当日、受付で大阪コロナ追跡システムへの登録をお願いします。

4. 受付

大会当日、受付にてマスク着用の確認、体温測定、健康チェックデータの確認を行います。

健康チェックの未実施、および体調に次の症状がある場合、会場への入場を禁止します。

- ・発熱（37.5度以上）、体調がよくない（発熱・咳・咽頭痛・味覚、嗅覚異常等の症状が続いている）
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。
- ・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を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場合。

5. 遵守事項

- (1) 選手、監督、大会関係者共通

- ・タオル、マスクは各自持参ください。
- ・大会中の感染防止として、動線、マスクの着用、手洗い及びアルコール消毒、3密防止、ソーシャルディスタンスは会場の指示（ゾーンコントロール）のもと行ってください。

- ・飲食は、共用しないでください。

(2) 選手競技中

- ・選手は、ゾーンコントロールに従って待機、ウォームアップを行う。
- ・ウォームアップ前後に手の消毒を行う。
- ・マスクの着用においては熱中症に気を付けて、距離を保ち適宜着脱する。
- ・チョークは、液体チョークを推奨する。
- ・競技中は、マスクを外して登ることができる。

※ 遵守事項が守れない場合は、会場より退場していただきます。

(3) 競技用ロープについて

今大会は、感染防止としてロープは選手個人のものを使用しますので持参してください。同チームでも共用しないでください。ロープの仕様は、JMSCA 公式競技会と同様、以下の通りとします。監督が各選手のロープを必ず事前に確認し、受付時に別紙3「個人持込ロープ仕様申告書」を提出してください。

- ・ロープは、シングルでPSC、EN892、UIAA に適合していること。長さは40m以上とする。
- ・ロープの径は呼び径9.0mm～10.0mmとする。(2020年6月30日付IF基準による)尚、以下に当てはまるロープは安全上問題がありますので使用できません。
- ・通常クライミングでは使用しない化学物質(酸、バッテリー電解液など)に触れたことがある
- ・芯が見えている
- ・外皮が激しく毛羽立っている、損傷している
- ・外皮と芯がずれている
- ・部分的に固くなったりまたは柔らかくなったりして他の部分と違和感がある部位が生じている
- ・長い墜落や落下係数1を超える墜落を受けた
落下係数1を超える墜落：
クライマーの墜落距離 ÷ ビレイヤーとクライマー間のロープの長さ
クライマーが4m登ったところで4m墜落した場合、落下係数 = $4 \div 4 = 1$ となる
- ・ひどく汚れている
- ・摩擦による熱や火などの熱を受けたことがある
- ・毎週の使用で1年以上経過しているもの
- ・月1～3回の使用で3年以上経過しているもの (国立登山研修所編 確保理論より)

6. 式典について

今大会では、開会式、閉会式は実施せず、表彰式のみ、表彰授与セレモニーをボルダリング会場で行います。密状態防止のため、表彰式には対象者のみの入場となる予定です。予めご了承ください。

7. 食事について

リード・ボルダリング両競技会場とも会場内で弁当などの食事はできません。飲料の持ち込みは構いませんが、ゴミは各自で持ち帰ってください。

連絡・注意事項

1. 参加申込み

(1) 参加申込みについて

参加申込みは日本スポーツ協会の国民体育大会参加申込システムによる申込とする。

(2) 参加申し込み後の選手・監督の変更

選手・監督の変更が必要な場合は、各府県で所定の手続きをしたうえで、「参加選手・監督（交代・変更・棄権）届」を選手・監督1名につき1枚提出すること。提出は監督会議までに受け付けるものとし、以後は認めない。なお、交代する選手・監督についても、大会2週間前からの健康チェックが受付で確認できない場合は、「参加資格なし」の扱いになることに注意すること。

(3) 棄権が生じた際の手続

所属する各府県の連絡責任者へ連絡し、大会終了後、所定の手続きを取ることに。

なお、監督会議後に棄権が生じた場合、監督は棄権理由明記した所定の「参加選手・監督（交代・変更・棄権）届」により、競技会責任者へ提出すること。

2. 大会前の競技会場への立入について

各競技会場への立入りができる最終日時は次の通りとする。

リード競技会場 2021年7月11日（日）午後 5時まで

ボルダリング競技会場 2021年7月14日（水）午後10時まで

練習可能日時についてはそれぞれの施設の規定による。

《参 考》

- ・リード競技会場 常翔啓光学園中学校・高等学校
「常翔啓光クライミングウォール」
〒573-1197 大阪府枚方市禁野本町 1-13-21
電話番号 072-848-0521（代）
- ・ボルダリング競技会場 ナカガイクライミングジム 摂津店
〒566-0065 大阪府摂津市鳥飼新町2丁目2-55
電話番号 072-629-7621

3. 宿泊

全チームの選手・監督は競技1日目の夜は指定された宿舎で宿泊するものとする。前日泊については主催者側では斡旋しないが、選手受付に間に合うよう必要なチームは対応すること。

4. 輸送

各競技会場から宿舎等への移動は、計画輸送を行わないため、移動に際しては公共交通機関を利用するか、自己車両で移動する場合には充分時間的余裕をもって移動をすること。駐車場は、リード会場は近隣の有料駐車場を各自負担、ボルダリング会場は調整中のため別途連絡する。

5. ゼッケン

選手のゼッケンは主催者が受付時に支給する。シールが付着できない場合は安全ピンを支給する。

6. 電子機器

アイソレーション・ゾーンには、スマートフォン、携帯電話、ノートパソコン、タブレット以外にも、外部からの情報の受信もしくは外部への情報の送信が可能なWi-Fi およびBluetooth機能が搭

載された電子機器（スマートウォッチ、ヘッドホン、イヤホン等）を持ち込むことはできないので、必ず受付で主催者に預けること。（役員を除く）

7. トレーナー

選手監督と同時に受付しアイソクローズの時間までにエリアに入る場合に限り、トレーナーはアイソレーションエリアに立ち入ることができる。ただし一度退出した場合は競技エリアに戻れないものとする。

8. ユニフォーム・服装

- (1) 選手は、アテンプト時においては、常に種別ごとの統一ユニフォームを着用すること。競技の服装については、JMCSAの規程によるほか、（公財）日本スポーツ協会 国民体育大会ユニフォーム規程によること。
- (2) 式典の服装については、競技者にふさわしいものとする。

9. 賞状

種別ごとに、リード・ボルダリング・総合の上位成績の3位までに授与する。

10. 大会延期、中止の場合における代表選考について

近畿岳連及び主管との協議の上、事前に選手・監督、競技関係者等への周知を行い、公平・公正な方法で選出する。

以上

健康チェックシート

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。
 ご記入頂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、来場可否の判断及び必要なご連絡のためのみ利用します。
 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。ご了承ください。

氏名															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
健康状態	項目	7月3日	7月4日	7月5日	7月6日	7月7日	7月8日	7月9日	7月10日	7月11日	7月12日	7月13日	7月14日	7月15日	7月16日
	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	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
行動歴	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
	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"/> 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
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"/> 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	
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"/> 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	

※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1 m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。

健康チェックシート

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。
 ご記入頂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、来場可否の判断及び必要なご連絡のためのみ利用します。
 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。ご了承ください。

氏名	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		7月19日	7月20日	7月21日	7月22日	7月23日	7月24日	7月25日	7月26日	7月27日	7月28日	7月29日	7月30日	7月31日	8月1日
	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	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
	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"/> 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
	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"/> 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
	政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者の濃厚接触がある	<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

※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1.5m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。

第76回国民体育大会近畿ブロック大会スポーツクライミング競技
個人持込ロープ 仕様申告書

府県名	成年女子 ・ 少年男子 ・ 少年女子	氏名
	(該当に○)	

メーカー	
購入時のロープ径 (呼び径)	mm
購入時のロープ長	m
現在のロープ長	m

個人持込ロープに関する条件

- ・ロープは、シングルで PSC、EN892、UIAA に適合していること。長さは 40m 以上とする。
 - ・ロープの径は呼び径 9.0mm～10.0mmとする。(6月30日付 IF 基準による)
- 尚、以下に当てはまるロープは安全上問題がありますので使用できません。
- ・通常クライミングでは使用しない化学物質(酸、バッテリー電解液など)に触れたことがある
 - ・芯が見えている
 - ・外皮が激しく毛羽立っている、損傷している
 - ・外皮と芯がずれている
 - ・部分的に固くなったりまたは柔らかくなったりして他の部分と違和感がある部位が生じている
 - ・長い墜落や落下係数 1 を超える墜落を受けた
 - ※落下係数 1 を超える墜落：クライマーの墜落距離÷ビレイヤーとクライマー間のロープの長さ
クライマーが 4m 登ったところで 4m 墜落した場合、落下係数=4÷4=1 となる
 - ・ひどく汚れている
 - ・摩擦による熱や火などの熱を受けたことがある
 - ・毎週の使用で 1 年以上経過しているもの
 - ・月 1～3 回の使用で 3 年以上経過しているもの (国立登山研修所編 確保理論より)

※この申告書は、予選の選手受付時に提出してください。

※「現在のロープ長」は、「購入時のロープ長」と同じ値を記入するか、ロープの末端部分の切断等により購入時よりもロープ長が短い場合はおおよその実測値を記入してください。