

2015 全日本ウェイト制空手道選手権大会/募集要項

2015 All Japan Weight Category Karate Tournament

全日本ウェイト制

1. 名 称 : 2015 全日本ウェイト制空手道選手権大会
2. 開 催 日 : 平成 27 年 5 月 3 日 (日)
3. 日 程 : 選手受付 9 : 0 0 開会式 1 0 : 0 0
4. 会 場 : 戸田市スポーツセンター
5. 主 催 : 極真空手道連盟極真館
6. 出場クラス :

※8 名を超えた階級は 3/28 全関東錬成大会で予選を行います。

(クラス番号)

6 6 . - 6 0 k g

6 7 . - 6 5 k g

6 8 . - 7 2 k g

6 9 . - 8 0 k g

7 0 . - 8 9 k g

7. 試合規則 : 極真空手道連盟ウェイト制真剣勝負試合規則による。
8. 防 具 : * 試合用グローブ・肘パターは大会事務局で準備します。
* マウスピース・ファールカップ・膝パターは各自で準備して下さい。
(指定品) 膝パター／伊弉社 ローキックパター L-122I
9. 表 彰 : 各階級 3 位まで
10. 申込み必要書類 :
 - a. 出場申込書・選手調査票
 - b. 健康診断書、B 型・C 型肝炎検査証明書、H I V 検査証明書
 - c. 写真 1 枚 (3×4 c m) * 道着姿
 - d. 出場料 15,000 円

* 締切り 平成 27 年 2 月 27 日 (金) 大会事務局必着

* 診断書関係の書類が間に合わない際は、大会事務局にご一報下さい。

* 空手道着は、肘が隠れるもので肘パターの装着が円滑に行えるものを着用して下さい。

* 大会当日の計量時に規定の体重をオーバーした場合は失格とします。

* 大会への出場は 18 歳以上とさせていただきます。

〒332-0034 埼玉県川口市並木 3-6-6-302

極 真 館 総 本 部 大 会 事 務 局

TEL. 048-256-8255 FAX. 048-254-0980

☆ 出場要項 ☆

- * 出場選手の経歴をしっかりと記入してから申込みをして下さい。
- * 組合せは新ルール委員長・副委員長、副館長監修のもとで行われます。

新ルール委員会

2015 全日本ウェイト制空手道選手権大会／出場申込書

2015 All Japan Weight Category Karate Tournament Application Form

全日本ウェイト制

大会会長 殿 To the Chairman of the tournament.

私は 2015 全日本ウェイト制空手道選手権大会のルールに従って、正々堂々と技を試し合う事をここに誓います。また、大会開催中に負傷及び事故等が生じた場合、主催者に対しまして一切責任を問いません。

I, the undersigned, do hereby swear that I will obey the rules of the tournament and fight fairly. I waive and discharge Kyokushin-kan International from any and all claim of personal injury arising with my participation in the tournament.

平成 年 月 日
y m d

顔写真
Photo
(3×4cm)

※道着を着用
With Dogi

氏名
Name

印
Signature

ふりがな				生年月日／Date of Birth
氏名 Name		年 月 日 y m d		
		段級位／dan・kyu 段 級	年齢／Age	
ローマ字	例：極真 太郎 Taro Kyokushin	身長／Height	体重／Weight	
所属 Dojo Name	支部・流派	血液型／Blood Type	空手歴／Experience	
住 所 Address	〒		職業	
	電話／Phone [自宅] [携帯]	支部優先順位 位		
緊急連絡先 Emergency Address	〒 氏名 電話／Phone 本人との続柄			
出場クラス Class	(クラス番号) ※出場クラスを○で囲んでください。 6 6. - 6 0 kg 6 7. - 6 5 kg 6 8. - 7 2 kg 6 9. - 8 0 kg 7 0. - 8 9 kg			

*会場に駐車場はございません。

選手調査表

全日本ウェイト制

選手名 _____

階級 _____

[質問]

1. 極真館ウェイト制真剣勝負ルール

対戦成績 戦 勝 敗

2. その他、手技による顔面攻撃を認める格闘技（ボクシング、キックボクシング等）

対戦成績 戦 勝 敗

3. 過去3ヶ月以内に一本負け（KO負け）がありますか？

ない / ある *ある場合は日付を記入 年 月 日

4. 過去に脳、および心臓等の疾患を負ったことがありますか？

ない / ある *ある場合は病名を記入 病名（ ）

5. 入賞歴

（大会名）

（成績）

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____