

# 平成26年度 第1回群馬県馬事公苑大会実施要項

ご案内 群馬県内および近県の乗馬愛好者の親睦をかねて、競技力の向上と一層の馬事普及を図るため馬事公苑大会を開催いたします。

1. 開催日時 平成26年4月27日(日) 午前8時30分開始 (雨天決行)  
 2. 開催場所 群馬県馬事公苑  
 群馬県前橋市富士見町小暮2425  
 TEL 027-288-7002  
 FAX 027-288-8832  
 3. 主催 公益財団法人群馬県馬事公苑

## 4. 競技種目

No	競技種目	日程	実施内容(ローカルルール)
1	馬場馬術A2課目	8:30~	JEF馬場馬術競技A2課目2013 (旧第2課目) 長鞭使用可・馬装は自由
2	馬場馬術L1課目	8:30~	JEF馬場馬術競技 L1課目2013 (旧第3課目A(改)) 長鞭使用可・馬装は自由
3	馬場馬術A3課目	9:00~	JEF馬場馬術競技A3課目2013 (旧第3課目(SV)) 長鞭使用可・馬装は自由
4	馬場馬術A1課目	10:30~	JEF馬場馬術競技A1課目2013 (旧第1課目) 長鞭使用可・馬装は自由
5	ジムカーナ	11:30~	指定された順序でコースを走行する速さを競う。 採点は基準表Cを準用する。 地上横木は速歩通過とする。(違反は10秒加算) コース間違いはやり直す。(違反は10秒加算)
6	チャレンジカップ	13:00~	FEI規程第24版基準表A 低障害(クロスバー障害)を実施する。 コース走行の障害減点と、飛越姿勢・コース取り・扶助操作等を10点法で評価し、合計得点で競う。
7	フラワーカップ	13:40~	FEI規程第24版基準表A H50cm以下・W80以下とする。 減点0で標準タイムに近い人馬を上位とする。
8	低障害飛越競技	14:30~	FEI規程第24版基準表A H80cm以下、W100cm以下とする。 減点0で標準タイムに近い人馬を上位とする。
9	小障害飛越競技	15:30~	FEI規程第24版基準表A H100cm以下、W120cm以下とする。 減点0で標準タイムに近い人馬を上位とする。

※打ち合わせ会4月27日(日)午前7時30分より審判棟前で行います。  
(各団体より1名は出席のこと)

- \* 打ち合わせ後の追加エントリーはオープンとする。
- \* 日程は競技の進行具合で変更になることもある。
- \* 表彰式・閉会式は、競技終了15分後に2階談話室で行う。
- \* 申し込み後の参加料は理由の如何を問わず返却はしない。
- \* 大会を通して、相当と認められる者に特別賞を授与する。
- \* 馬場馬術課目について、エントリーが多数の場合、区分けする事がある。

5. 競技規程 FEI規程第24版及び日本馬術連盟競技会規程第25版を準用する。  
一部ローカル規定を準用し、障害は三反抗失権とします。  
なお、打ち合わせ事項を優先させるものとする。

6. 参加条件
- (1) 群馬県内外の乗馬愛好者が参加できる。
  - (2) 障害競技（6）、（7）、（8）、（9）、に出場するには、日馬連の騎乗者資格C級以上の資格を取得していること。または、同程度の技術を有していること。
  - (3) 障害競技への出場には、3点固定式ヘルメットを着用すること。
  - (4) 馬場競技以外は、出場制限はしない。ただし、同一種目への同一人馬の出場は2回目をオープン参加とする。
  - (5) 出場者は何らかの傷害保険に加入していること。

7. 参加料

(1)	出場料	金額	備考
	ジュニア	3,500円	
	一般	4,500円	
	オープン参加	4,500円	
(2)	馬匹登録料	5,000円	自馬参加者のみ1頭
(3)	敷料(オガ粉)費	2,000円	運搬車1台

8. 申込方法
- (1) 申込期限 平成26年4月20日(日) 必着のこと
  - (2) 申込方法 所定の申し込み用紙に必要事項を記入の上、参加料を添えて馬事公苑事務局に申し込むこと。
  - (3) 申込先 〒371-0103  
群馬県前橋市富士見町小暮2425 群馬県馬事公苑  
TEL 027-288-7002  
FAX 027-288-8832

9. その他
- (1) 出場順は主催者が決定する。
  - (2) 入厩は平成26年4月26日(土)および27日(日)とする。
  - (3) 入厩場所は畜産試験場の家畜繋留舎とする。  
退厩時にはボロ・敷料とも片付けること。
  - (4) 入厩届を、1週間前までに群馬県馬事公苑に提出のこと。  
(入厩届は伝染性貧血検査・馬インフルエンザ・日本脳炎の予防接種の事前チェックを兼ねているので厳守のこと)
  - (5) 健康手帳は到着時に、馬事公苑受付に提出すること。
  - (6) 馬の伝染性貧血検査は、入厩日の前年の1月1日以降に受けていること。
  - (7) 馬のインフルエンザの予防接種については、基礎免疫として21日以上2ヶ月以内(平成20年3月31日以前は2週間以上2ヶ月以内)に2回接種後、7ヶ月以内に最初の補強接種を行い、それ以降は1年以内に継続的(平成20年3月31日以前は毎年1回)に補強接種を受けていること。直近の接種は6ヶ月+21日以内に補強接種(または基礎接種の2回目)を受けていること。補強接種は入厩の1週間前までに行うこと。基礎免疫からやり直す場合は、2回目の接種を入厩予定日の2週間前までに行うこと。
  - \* **出発前に臨床検査をして異常のないことを十分確認すること**
  - (8) 日本脳炎予防接種については
    - ①7月から10月の間に入厩させる場合は、日本脳炎ワクチンの接種が実施されていなければ入厩できない。
    - ②日本脳炎ワクチンの接種は、毎年2週間から2ヶ月の間隔で2回接種すること。
    - ③前号の予防接種は、日本脳炎の流行期に十分な抗体価を維持するため5月から6月に実施してあること。
  - (9) 馬輸送車は、積み込み前に防疫のための消毒をしている事。
  - (10) 人馬の事故は応急措置をするが、その責は負わない。
  - (11) 公苑馬での出場は、公平を期するため抽選となる場合があります。

お知らせとお願い

馬事公苑内は原則分煙です。  
歩きタバコ、および指定された場所以外での喫煙はできません。  
喫煙される場合は、指定された喫煙スペースでお願いします。  
愛犬をお連れの場合は、必ずつないでおいてください。

# 平成26年度 第1回 群馬県馬事公苑大会参加申込書

群馬県馬事公苑 様

標記大会に参加したいので、参加料を添えて申し込みいたします。

フリガナ

平成26年 月 日

- 1 氏 名 ㊟
- 2 生年月日 年 月 日生 (年令 才) (学年 高校・中学・小学 年)
- 3 住 所
- 4 電話番号 - -
- 5 所 属
- 6 出場種目 ① 馬場馬術A2課目 ② 馬場馬術L1課目  
③ 馬場馬術A3課目 ④ 馬場馬術A1課目  
⑤ ジムカーナ ⑥ チャレンジカップ  
⑦ フラワーカップ(50cm) ⑧ 低障害飛越競技(80cm)  
⑨ 小障害飛越競技(100cm)
- 7 馬 名
- 8 出場料 3,500円 ジュニア ・ 4,500円 一般 4,500円 (オープン)
- 9 馬匹登録料 5,000円
- 10 オガ粉費 2,000円

合計	円
----	---

いただきました個人情報は、大会の運営以外には使用いたしません。

# 平成26年度 第1回 群馬県馬事公苑大会参加申込書

群馬県馬事公苑 様

標記大会に参加したいので、参加料を添えて申し込みいたします。

フリガナ

平成26年 月 日

- 1 氏 名 ㊟
- 2 生年月日 年 月 日生 (年令 才) (学年 高校・中学・小学 年)
- 3 住 所
- 4 電話番号 - -
- 5 所 属
- 6 出場種目 ① 馬場馬術A2課目 ② 馬場馬術L1課目  
③ 馬場馬術A3課目 ④ 馬場馬術A1課目  
⑤ ジムカーナ ⑥ チャレンジカップ  
⑦ フラワーカップ(50cm) ⑧ 低障害飛越競技(80cm)  
⑨ 小障害飛越競技(100cm)
- 7 馬 名
- 8 出場料 3,500円 ジュニア ・ 4,500円 一般 4,500円 (オープン)
- 9 馬匹登録料 5,000円
- 10 オガ粉費 2,000円

合計	円
----	---

いただきました個人情報は、大会の運営以外には使用いたしません。

平成26年度 第1回群馬県馬事公苑大会申込一覧表

書式1(馬)

乗馬クラブ名		責任者 連絡先	電話	_____
申込責任者			携帯電話	_____
			FAX	_____
			E-mail	_____

	馬匹名	順番	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
			A 2 課目	L 1 課目	A 3 課目	A 1 課目	ジムカーナ	チャレンジ	フラワーカップ	低障害	小障害	
1		1										
		2										
		3										
		4										
2		1										
		2										
		3										
		4										
3		1										
		2										
		3										
		4										
4		1										
		2										
		3										
		4										
5		1										
		2										
		3										
		4										

申込先

371-0103  
電話

前橋市富士見町小暮2425  
027-288-7002

FAX

群馬県馬事公苑  
027-288-8832

\* オープン参加は(OP)と記入

E-mail zaidan@gunma-bajikouen.jp

平成26年度 第1回群馬県馬事公苑大会申込一覧表

書式2(参加料)

乗馬クラブ名		責任者 連絡先	電話	_____
申込責任者			携帯電話	_____
			FAX	_____
			E-mail	_____

	ふりがな 選手名	種別	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	合計		
			A 2 課目	L 1 課目	A 3 課目	A 1 課目	ジムカーナ	チャレンジ	フラワー	低障害	小障害			
1		一般・Jr OP												
2		一般・Jr OP												
3		一般・Jr OP												
4		一般・Jr OP												
5		一般・Jr OP												
参加料計算			(1)出場料(ジュニアクラス)					人	×	3,500	円	=	円	
			(2)出場料(一般・オープン)					人	×	4,500	円	=	円	
			馬匹登録料						頭	×	5,000	円	=	円
			敷料(オガ粉)費						頭	×	2,000	円	=	円
			合計金額											

申込先

371-0103  
電話

前橋市富士見町小暮2425  
027-288-7002

FAX

群馬県馬事公苑  
027-288-8832

E-mail zaidan@gunma-bajikouen.jp

## 入 厩 届

馬 名	性 別	品 種	年 齢	毛 色	産 地	最終伝貧 検査日	日本脳炎予防接種		インフルエンザ予防接種 (基礎免疫接種、補強接種以降のすべて)
							1回目	2回目	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

(注)

- ① 馬の伝染性貧血検査は、入厩日の前年の1月1日以降に受けていること。
- ② 日本脳炎予防接種は、毎年 2週間から2ヶ月の間隔で2回接種すること。ただし、流行期に十分な抗体価を維持できるように5月から6月の間に実施してあること。
- ③ 馬のインフルエンザの予防接種については、基礎免疫として21日以上2ヵ月以内(平成20年3月31日以前は2週間以上2ヵ月以内)に2回接種後、7ヵ月以内に最初の補強接種を行い、それ以降は1年以内に継続的(平成20年3月31日以前は毎年1回)に補強接種を受けていること。直近の接種は6ヵ月+21日以内に補強接種(または基礎接種の2回目)を受けていること。補強接種は入厩の1週間前までに行うこと。基礎免疫からやり直す場合は、2回目の接種を入厩予定日の2週間前までに行うこと。

入厩予定日           平成   年   月   日   AM・PM   時頃  
 退厩予定日           平成   年   月   日   AM・PM   時頃

平成   年   月   日  
 群馬県知事    大 澤 正 明   様

上記のとおり届けます。

団体名 \_\_\_\_\_  
 責任者名 \_\_\_\_\_ 印  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_  
 携帯番号 \_\_\_\_\_

## 入 厩 馬 の 検 温 届

馬事公苑到着時に健康手帳と一緒に提出してください。

	馬 名	体温(℃)	咳・鼻水	検温日(入厩前日)	検温時間	運動直後	39℃以上の場合の対応 (獣医師に相談してください。)
1		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
2		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
3		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
4		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
5		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
6		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
7		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
8		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
9		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	
10		℃	有・無	年 月 日	午前・午後 時	○・×	

検温と咳・鼻水の確認は馬術大会を安全に開催するための暫定措置です。

- ・39℃以上がないことを確認してください。
- ・39℃以上の場合は獣医師に相談してください。
- ・咳(せき)・鼻水がみられた場合は獣医師に相談してください。

平成 年 月 日  
群馬県知事 大澤正明 様

上記のとおり届けます。

団体名

責任者名

住 所

連絡先

携帯番号