



【中国向け輸出錦鯉検査申込書②】

EUS検査用

発送日: 年 月 日 到着日: 年 月 日

ふりがな	電話番号:	
依頼者氏名 (ローマ字: 検査結果書への記載を希望される氏名をご記入下さい)	FAX番号:	
	E-mail・携帯:	
ふりがな		
〒 ご住所	検査結果書の送付を希望される住所をご記入下さい	
養殖場名	養殖場所在地(上記と異なるとき)	
	検査結果書への記載を希望される施設名・住所をご記入下さい	
所属団体	全日本錦鯉振興会(会員コード:) ・ その他:	
魚種	魚齢	水温
ニシキゴイ (検体 尾)	年 月	~ °C 飼育

- * これより上の記入漏れ、同意事項に署名・捺印がない場合は、検査を中断することがあります。
- * 細胞検査、KHV PCR検査と同時にEUS検査を行う場合は、この申込書は不要です。

飼育水:	井戸水/湧水 ・ 水道水 ・ 湖沼/河川() / (殺菌: 無・有)
検体の来歴:	自家産 ・ 他家産(購入や譲渡など) ・ 自他混合 / 同居飼育: はい ・ いいえ
検体の構成:	1面の池から ・ 複数の池から(面から 尾ずつ)
複写希望:	する(部)(有料¥550/部)(税込) ・ しない

同意事項: 公益社団法人日本水産資源保護協会へ流行性潰瘍症候群(EUS)目視検査を申し込むにあたり、本検査の結果によりEUSの疑いがある場合は、当協会から依頼者および依頼者の居住する(またはコイ飼育施設の所在する)都道府県の水産部局等へ報告を行うことに同意致します。

依頼者氏名 必ず同意事項を確認の上、署名・捺印をお願いします。 印 (年 月 日)

- * 同意事項にご了承頂けない場合は、検査をお引き受けすることはできません。
- * 検査のお申込みには、検査日の調整が必要です。ご希望の場合はお早めにご連絡ください。
- * ご不明な点などありましたら、下記までお問い合わせ下さい。

公益社団法人 日本水産資源保護協会 (受託検査担当)
 〒104-0044 東京都中央区明石町1-1 東和明石ビル5階
 TEL; 03-6680-4277 FAX; 03-6680-4128 E-mail; kensa-jfrca@mbs.sphere.ne.jp
 受付時間; 10:00~12:00, 13:00~17:00 (月~金曜日、ただし祝祭日は除く)