

コイヘルペスウイルス（KHV）PCR検査受託申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな		
ご依頼主	氏名	商号 場名
所属団体		検査 目的 ・定期検査 ・販売前 ・品評会 ・預かり鯉 ・その他（ ）
区分 (該当に○)	・当協会会員（全日本錦鯉振興会 その他： ） ・漁業者（養殖、販売） ・公的機関（国、県の機関） ・愛好家	
住所 連絡先 (該当に○)	〒 都・道 府・県 TEL： FAX: E-mail： 結果速報の連絡法：（ 電話 ・ FAX ・ E-mail ） 英文報告書：（ 必要 ・ 不要 ）	
飼育環境 (該当に○)	開放水域（ 湖沼 ・ 河川 ）、水域名称： 閉鎖水域（ 野池 ・ 露地池 ・ ハウス/コンクリート ・ FRP ・ その他： ） 飼育水（ 井戸水 ・ 水道水 ・ 濾過水 ・ その他： ）	
検体種類 検体数 (該当に○)	マゴイ ・ ニシキゴイ ・ その他（ ） 生鮮標本（ 活魚 ・ 冷蔵保存 ） ・ エタノール固定標本 _____ 検体（1検体あたり_____尾） 検体採集日（取り上げ日）： _____ 月 _____ 日 水温： _____℃ 加温（ 有 ・ 無 ） ※検査推奨水温18～23℃	
同意事項	公益社団法人日本水産資源保護協会へコイヘルペスウイルス（以下KHV）PCR診断を申し込むにあたり、KHV病まん延防止の観点より、検査結果が陽性であった場合、当協会から依頼者および依頼者の居住する（あるいは検体の由来する）都道府県の知事へも、結果報告を行うことについて同意致します。 依頼者名 住所 印	

* 同意事項にご了承いただけない場合は、検査をお引き受けすることはできません。

- ・ 検体の送付につきましては、「検体送付方法および留意点」をご参照下さい。
- ・ 本申込書は、同意事項に押印のうえ、検体と共にご送付下さい。

コイヘルペスウイルスPCR検査のお申し込みおよびお問い合わせ 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：月～金曜日、10:00～17:00（ただし祝祭日は除く）

施設概略図

施設名:

所在地:

- 簡単で結構ですので、施設の概略図(池の配置・水量・収容尾数)をお書き下さい。
- 検査魚を取り上げた池(複数の場合は全て)が分かるようにして下さい。
- 検査対象魚以外の魚種を飼育されている場合には、その池が分かるようにして下さい。
- 検査対象魚以外の飼育魚は、魚種名と産地(輸入の場合は生産国)も記入して下さい。



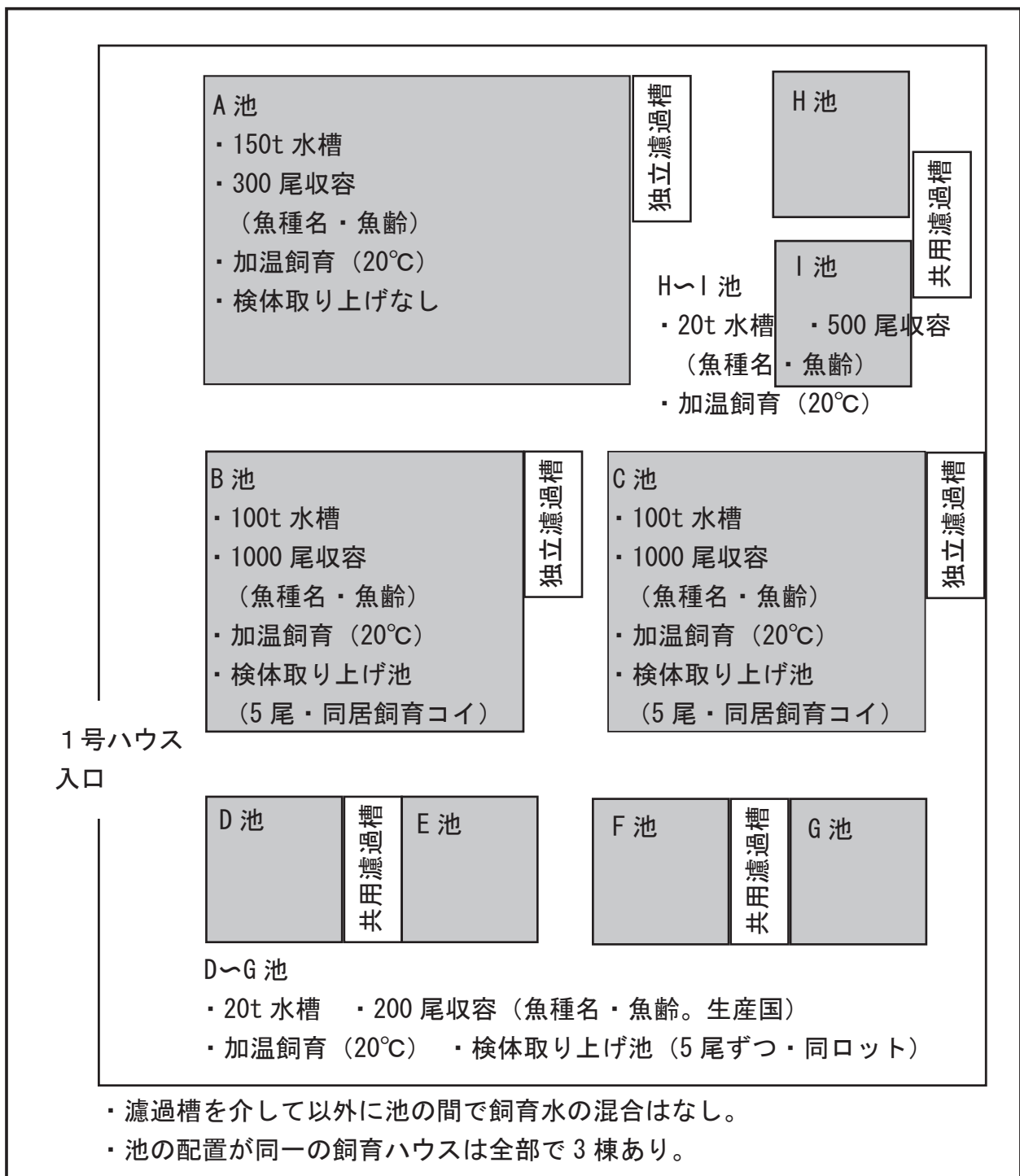
* 今後、適切な検査用個体の取り上げ方を考えるための参考とさせていただきます。

施設概略図

施設名:

所在地:

- ・ 簡単で結構ですので、施設の概略図(池の配置・水量・収容尾数)をお書き下さい。
- ・ 検査用の錦鯉を取り上げた池(複数の場合は全て)が分かるようにして下さい。
- ・ 錦鯉以外の魚を飼育されている場合には、その池が分かるようにして下さい。
- ・ 錦鯉以外の飼育魚は、魚種名と産地(輸入の場合は生産国)も記入して下さい。



* 今後、適切な検査用個体の取り上げ方を考えるための参考とさせていただきます。