

## KHV PCR 検査申込書

フリガナ		電話番号	
依頼者氏名		FAX 番号	
		携帯番号,E-mail など	
フリガナ			
住所 (連絡先)	〒		
フリガナ			
養殖場名			
フリガナ			
養殖場 所在地	〒		
フリガナ			
所属団体	<input type="checkbox"/> 全日本錦鯉振興会 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
申し込み件数 (検体数) :	件	尾数 :	尾
		魚 齢 :	ヶ月 週間
検体名 (成績書記載用) :	魚種 : ニシキゴイ マゴイ (丸で囲んでください)		
飼育条件 : 水温	℃にて	日間飼育	飼育水 : (殺菌 有・無)
取り上げ状況 :	1面の池から ・ 複数の池から( 面から 尾ずつ) 取り上げ		
取り上げ発送日(*) :	年	月	日 (取り上げ時の水温 : °C)
コイ到着日 :	年	月	日
同意事項 : (栃県都食品環境分析センターへ KHV PCR 検査を申し込むにあたり、本検査の結果により「コイヘルペスウイルス病」において陽性と判定された場合は、当検査機関から依頼者及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へ報告を行うことに同意します。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
依頼者氏名			印

\* 「取り上げ発送日」の欄は、検査魚を取り上げて発送した日をご記入下さい

\* ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

新潟県輸出錦鯉衛生証明書発行等取扱要領検査機関  
(株)県都食品環境分析センター

〒950-0022 新潟県新潟市東区幸栄1丁目7-12

TEL : (025)270-8890

FAX : (025)270-8132

e-mail : kento8890@ab.auone-net.jp