

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 ()		
お申込み件数 (検体数) :	件	尾数 : 尾	魚齢 : ケ月 週間
検体名 (成績書記載用)		魚種 : ニシキゴイ マゴイ ※何れかを○で囲んでください	
飼育条件 : 水温 . °C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 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			

* 「取り上げ発送日」の欄には、検査魚を取り上げて発送した日をご記入ください。

同意事項 :

(株) 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。

年 月 日

依頼者氏名

印

※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。

新潟県輸出錦鯉検査機関認定要領検査機関

(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