



コイ科魚類特定疾病検査申込書

発送日： 年 月 日	到着日： 月 日
ふりがな	電話番号：
依頼者氏名 (ローマ字：)	FAX番号：
	E-mail・携帯：
ふりがな	
〒 ご住所	
ふりがな	
養殖場名	
ふりがな	
〒 養殖場所在地	
ふりがな	
所属団体 全日本錦鯉振興会 (会員コード：) ・ その他：	
魚種(和名)	魚種(英名)* コイ・ニシキゴイ以外の場合
コイ / ニシキゴイ / その他 ()	

お申し込み件数： 検体 (合計 尾)	魚齢： 年 ヶ月
検体の準備： 水温 ~ にて飼育	飼育水： (殺菌)
検体の来歴： 自家産 / 他家産 (購入や譲渡など) / 自他混合	
検体の構成： 1面の池から / 複数の池から (面から 尾ずつ)	
検体確認書： 同封 / 後日郵送	複写を希望する (部) (¥550/部 (税込))

* 結果書は正副2部郵送いたします。複写を2部以上ご希望の場合に部数をご記入下さい。

<p>同意事項： 公益社団法人日本水産資源保護協会へ錦鯉特定疾病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」あるいは「コイ春ウイルス血症」のいずれか、又は両疾病において陽性と判定された場合は、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へ報告を行うことに同意致します。</p> <p>依頼者氏名</p> <p>(年 月 日)</p>
--

- * 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。
- * 検体確認書・施設概略図(別紙)とあわせて、申込書類一式には記入漏れがないようにお願いします。
- * 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; 03-6260-6315 E-mail; kensa@fish-jfrca.jp
受付時間; 9:00 ~ 16:00 (ただし土、日、祝日、その他当協会が定める休日は除く)

年 月 日

公益社団法人 日本水産資源保護協会長 殿

所属機関・組織名:

住所:

氏名:

検体確認書

国内外での流通を目的として、公益社団法人日本水産資源保護協会へコイ科魚類特定疾病検査を申し込むにあたり、検査対象魚の状態に関して以下の通り報告します。

調査実施者

所属:

連絡先:

氏名:

実施年月日:

検査の対象となる個体群について、下記事項の確認を行いました。

・総合所見:

検査申込者

施設名:

所在地:

氏名:

調査項目	検査申込者(飼育担当者) 記入欄
飼育形態	
健康状態	
投薬の有無	
その他の特記事項	

* 記入欄が不足の場合は、適当な用紙に記入して本書に添えて下さい。

年 月 日

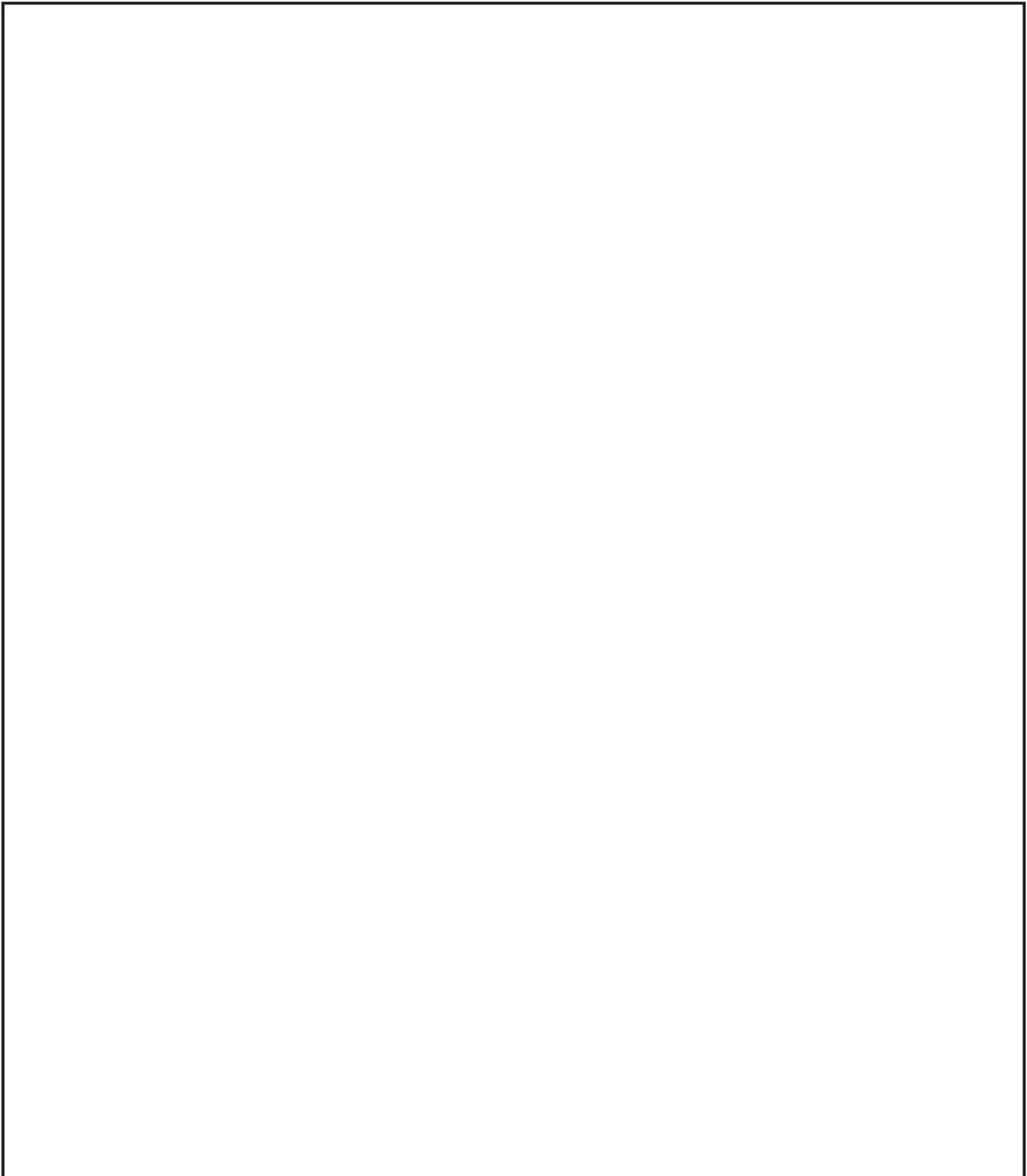
施設概略図

氏名:

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。



コイ科魚類特定疾病検査申込書

記入例

発送日： 年 月 日	到着日： 月 日
ふりがな	電話番号：
依頼者氏名 (ローマ字：)	FAX番号：
	E-mail・携帯：
ふりがな	
〒 ご住所	
ふりがな	
養殖場名	
ふりがな	
〒 養殖場所在地	
ふりがな	
所属団体 全日本錦鯉振興会 (会員コード：) ・ その他：	
魚種(和名)	魚種(英名)* コイ・ニシキゴイ以外の場合
コイ・ニシキゴイ / その他 ()	

該当の選択肢にチェックして下さい

お申し込み件数：	検体 (合計 尾)	魚齢：	年 月
検体の準備：	水温 ~ にて飼育	飼育水：	(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		
検体の構成：	1面の池から ・ 複数の池から (面から 尾ずつ)		
検体確認書：	同封 ・ 後日郵送	複写希望： する(部)(¥550/部(税込)) ・ しない	

* 結果書は正副2部郵送いたします。複写を2部以上ご希望の場合に部数をご記入下さい。

同意事項： 公益社団法人日本水産資源保護協会へ錦鯉特定疾病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」あるいは「コイ春ウイルス血症」のいずれか、又は両疾病において陽性と判定された場合は、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へ報告を行うことに同意致します。

依頼者氏名 (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。
- * 検体確認書・施設概略図(別紙)とあわせて、申込書類一式には記入漏れがないようにお願いします。
- * 検査のお申し込みには、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; 03-6260-6315 E-mail; kensa@fish-jfrca.jp

受付時間; 9:00~16:00 (ただし土・日・祝日、その他当協会が定める休日を除く)

年 月 日

公益社団法人 日本水産資源保護協会長 殿

記入例

所属機関・組織名:

住所:

氏名:

検体確認書

国内外での流通を目的として、公益社団法人日本水産資源保護協会へコイ科魚類特定疾病検査を申し込むにあたり、検査対象魚の状態に関して以下の通り報告します。

調査実施者

所属:

連絡先:

氏名:

実施年月日:

調査実施者は、指定団体あるいは公的機関により指名された、
鯉養殖に十分な知識を有する、検査申込者以外の第三者として下さい。

検査の対象となる個体群について、下記事項の確認を行いました。

・総合所見:

調査を行った錦鯉個体群が、検査に適していることを確認して下さい。

検査申込者

施設名:

所在地:

氏名:

印

検査に適した条件下で飼育を行っている際の様子について記入して下さい。

調査項目	検査申込者(飼育担当者) 記入欄
飼育形態	・ 現在飼育を行っている池について、簡潔に記述して下さい。
健康状態	・ 良好である(病徴が現れていない)ことを確認して下さい。
投薬の有無	・ 薬剤によっては、検査結果への影響も考えられますので、直近の投薬日・薬品名などを記入して下さい。
その他の特記事項	・ 異常(疾病や死亡など)がみられた場合には、記入して下さい。

* 記入欄が不足の場合は、適当な用紙に記入して本書に添えて下さい。

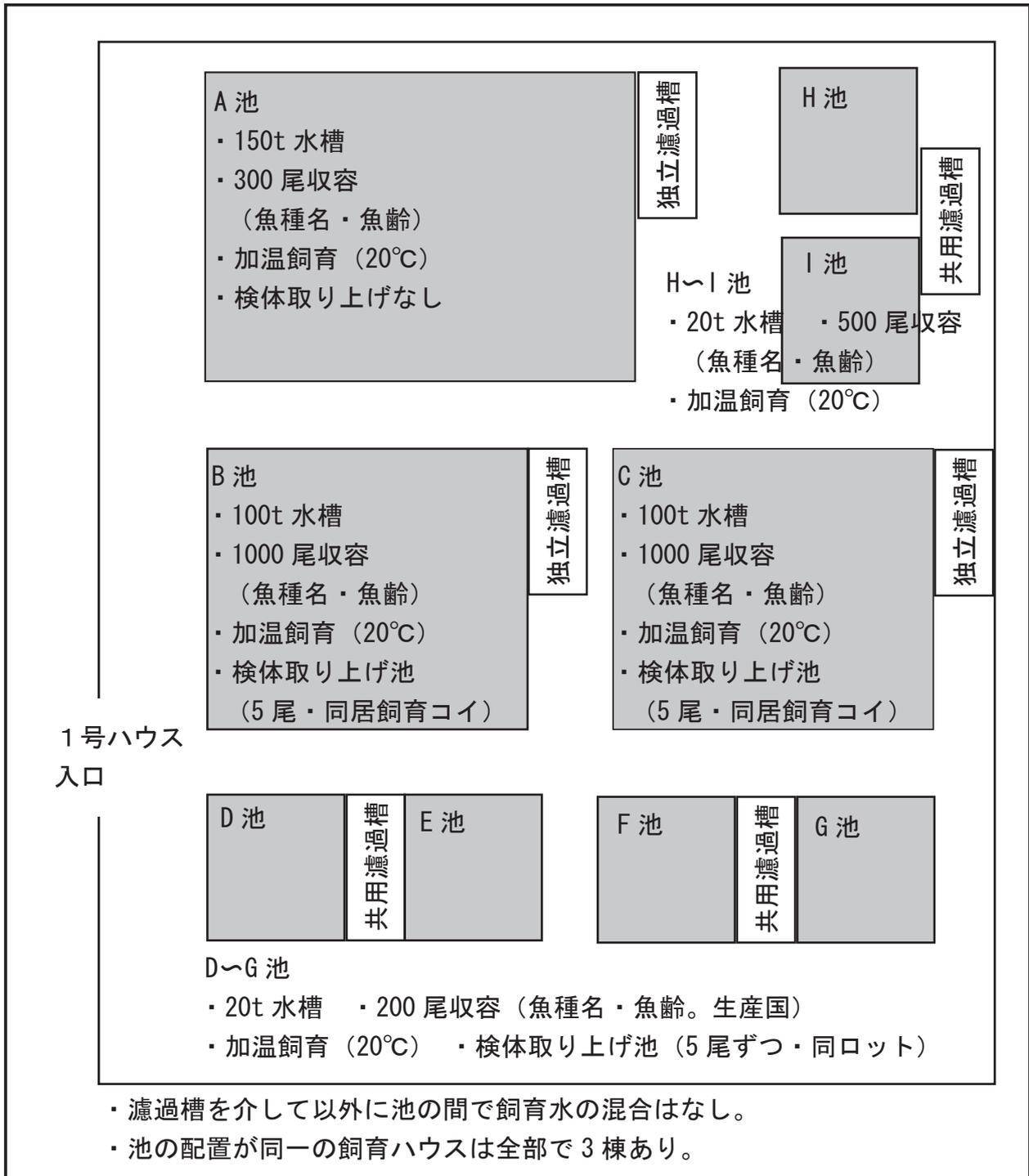
施設概略図

記入例

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。