



# 【中国向け輸出錦鯉検査申込書①】

細胞検査・KHV PCR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： )	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	魚齢	水温
ニシキゴイ ( 検体, 合計 尾 )	年 月	~ にて飼育
流行性潰瘍症候群 (EUS) の検査を同時に申込む		今回はEUS検査を行わない
飼育水： 井戸水 / 湧水 ・ 水道水 ・ 湖沼 / 河川 ( ) ( 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部郵送致します。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中国向け輸出錦鯉検査を申し込むにあたり、本検査の結果により検査対象の疾病が検出された場合は、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等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お願い致します。
- \* 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下さい。
- \* 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、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

所属機関・組織名:

住所:

氏名:

**検 体 確 認 書 ( 中 国 向 け )**

中国への輸出を目的として、公益社団法人日本水産資源保護協会へ中国向け錦鯉輸出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(立会人)

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。

検査に適切な水温で飼育されている。(左のボックスにチェック)

•総合所見:

検査申込者

施設名:

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	

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。



# 【中国向け輸出錦鯉検査申込書①】

細胞検査・KHV PCR検査用

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:	
ふりがな	E-mail・携帯:	
〒 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	魚齢	水温
ニシキゴイ ( 検体 尾)	年 月	~ °Cにて飼育
<input type="checkbox"/> 流行性潰瘍症候群(EUS) の検査を同時に申込む <input type="checkbox"/> 今回はEUS検査を行わない		

\* 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。

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)	
検体確認書: 同封 ・ 後日郵送	複写希望: する( 部)(有料) ・ しない

同意事項: 公益社団法人日本水産資源保護協会へ中国向け輸出錦鯉検査を申し込むにあたり、本検査の結果により検査対象の疾病が検出された場合は、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、  
ご署名をお願いします。 ( 年 月 日)

\* 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)

← どちらかにチェックして下さい

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:

内容を報告される方は、  
調査実施者の所属機関  
として下さい。

## 検体確認書（中国向け）

中国への輸出を目的として、公益社団法人日本水産資源保護協会へ中国向け錦鯉輸出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(立会人)

所属:

連絡先:

氏名:

印

実施年月日:

調査実施者は、都道府県または都道府県から委任された、錦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。

検査に適切な水温で飼育されている。(左のボックスにチェック)

•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:

氏名:

印

↓ 検査のための条件で飼育を行っている際の様子について記入して下さい。

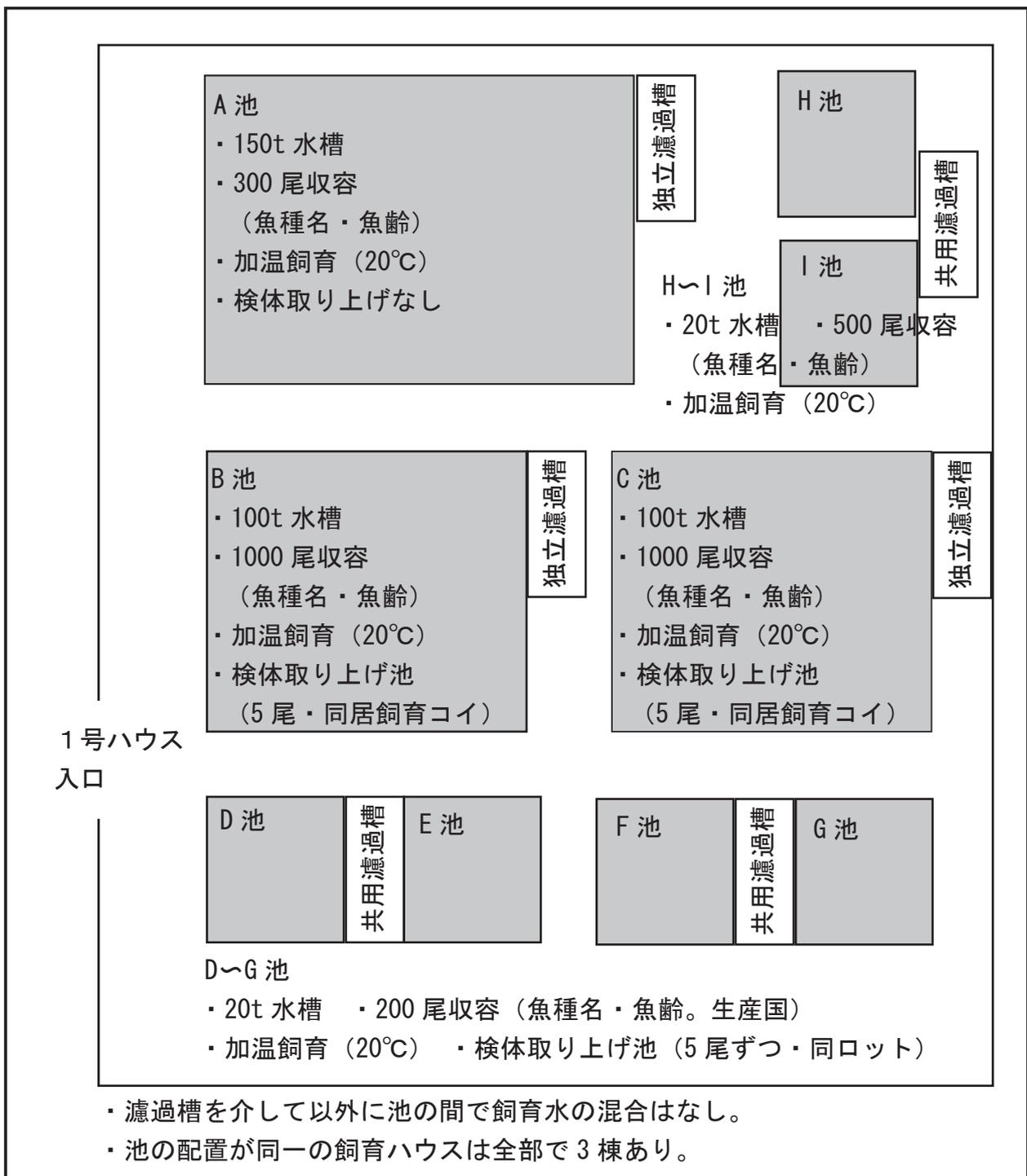
調査項目	検査申込者(飼育担当者) 記入欄
飼育形態	・ 現在飼育を行っている池について、簡潔に記述して下さい。
健康状態	・ 良好である（病徴が現れていない）ことを確認して下さい。
投薬の有無	・ 薬剤によっては、検査結果への影響も考えられますので、直近の投薬日・薬品名などを記入して下さい。
その他の特記事項	・ 異常（疾病や死亡など）がみられた場合には、記入して下さい。

## 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。