

検査依頼書【鶏病性鑑定】

受付No.

※ 注意事項（赤字記載）をご確認の上、**太枠内について、ご記入および該当する ☐ にチェック**☑をお願い致します。

受付日	平成 年 月 日 (曜日)	検体名:	屠殺鶏 (5)羽
報告予定日	平成 年 月 日 (曜日) 頃を予定	採材日:	2018 / 9 / 2
送付日	2018 年 9 月 3 日 (月 曜日)	受付完了の連絡を	☒ 希望する ☐ 希望しない ☒ FAX ☐ メール
ご依頼者名	〇〇〇株式会社 様		
代理店名	〇〇〇株式会社 様		
農場名(都道府県)	A農場 様 (B県)		
ご連絡先	〒 (379)-(2107) 群馬県前橋市荒口町561-21 TEL: *****_***** FAX: *****_***** email: *****@*****.com		
ご希望のご報告方法	☐ 郵送 ☐ FAX ☒ メール		ご担当者様 XXX

稟告	症状: ○月○日から産卵低下、△%低下、斃死なし	
	投薬履歴: ○月○日 ○○剤投薬	ワクチン履歴: ×月×日 ××ワクチン飲水 ×月×日 ××ワクチン筋注

No.	検体明細
ロット①	鶏種: マリア 日齢: 120 餌付日: 6/3
ロット②	鶏種: 日齢: 餌付日:
ロット③	鶏種: 日齢: 餌付日:

検査項目: 基本的に解剖所見より疾病を推察し、ご報告させていただきます。さらに細菌検査、寄生虫検査、ウイルス検査、病理検査等をご要望の場合はご記載ください。(病理検査をご要望の際は「**病理検体受付シート**」にもご記入ください。)

細菌検査、寄生虫検査、病理検査

特記事項 (その他、ご要望等をご記入ください。)

【以下の注意事項をご了解の上、ご依頼ください。】

- ※ 検体ご発送の際は内容物、臭いが漏れないように梱包していただき、**冷蔵便でお送りください。**
- ※ 検査ご依頼の受付は、**1営業前日の16:00まで**とさせていただきます。
- ※ ご依頼内容の不明点及び記載漏れ事項について、確認のご連絡をさせていただく場合がございます。ご確認できない場合、検体到着から4日目以降は、**検体保管料（500円/検体/日）**が発生します。
- ※ 至急の検査をご希望の場合、別途料金が発生する場合がございます。また時期によっては対応できない場合もございますのでご相談ください。