

1枚目

送付日	2025 年 4 月 1 日 火 曜日			受付No.	
				受付日	/ /
検体名	豚血液(全血) 検体数 (26) 検体			報告予定日	/ / 頃
				SKKコンサル担当:	
依頼者名	正式名称をご記載ください。例: 名称(株式会社〇〇〇畜産) 系列農場名(××農場)				受付完了の連絡を ☒ 希望する ☐ 希望しない 連絡方法 ☐ FAX ☒ メール
	名称: (株式会社ABCファーム) ご担当: 食環太郎				
	系列農場名 (DEF農場)				
	県名は必ずご記載ください。				
	住所: 〒123-456 〇〇県△△市□□町7-8-9				
	TEL: 01-234-5678 FAX: 01-234-5679 email: abcde@fghi.com				
農場名	正式名称をご記載ください。例: 名称(株式会社〇〇〇畜産) 系列農場名				受領印
	名称: () () ご担当:				
	県名は必ずご記載ください。				
☒ 依頼者と同じ	住所:				
☐ 匿名希望	TEL: FAX: email:				
ご希望の報告方法	依頼者: ☐ 郵送 ☐ FAX ☒ メール 農場: ☐ 郵送 ☐ FAX ☐ メール				
請求先	☒ 依頼者 ☐ 農場 ☐ その他の場合、下欄にご記載ください。				
	名称: 〇〇〇〇 〇〇〇〇		ご担当: 〇〇〇〇 〇〇〇〇		TEL: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所: 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇		email: 〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇		

検査目的	☐ 着地検査(導入日:) ☐ 馴致確認(馴致開始日:) ☒ 農場モニタリング ☐ 感染確認(☐ 呼吸器症状 ☐ 腸炎症状 ☐ 発熱 ☐ 神経症状 ☐ 繁殖障害 ☐ その他()) ☐ ワクチンテイク ☐ その他())
豚の情報	☐ 種豚(☐ GGP ☐ GP ☐ PS) ☒ コマーシャル ☐ PRRS陰性農場 / ☒ PRRS陽性農場
ワクチン履歴	☒ PRRS(ワクチン名: *****)(21)日齢接種 その他、ご依頼項目に関するワクチン履歴をご記入ください。
☐ 記載不可	

[illegible]

☐ PRRS-PCR(+)の場合、シーケンス解析実施(※)を希望（シーケンス解析では過去に解析した8株を含め、直近8株の系統樹及び相同性を解析します。特にご希望のない場合は、事業所、系列農場含め、名称が一致する農場について解析いたします。農場名で匿名希望にチェックをされた場合は過去に解析した株を記載することはできませんのでご了承ください。）

※検査および試験サービスをご利用のお客様は検査・試験委受託契約(<https://www.shokukanken.com/request/download/>)にご同意をお願い致します。ご依頼を以て、検査・試験委受託契約をご承諾頂いたものとしてお取り扱いさせていただきます。

※検査材料及び検査で得られた情報/物などは全て弊社に帰属します。

【検体明細】

以下の検体明細を報告書に記載させていただきます。

受付No.

依頼者名

株式会社ABCファーム

農場名

No.	個体No.	産歴・月齢	備考
1	A 1	0 産	
2	B 2	0 産	
3	C 3	0 産	
4	D 4	1 産	
5	E 5	2 産	
6	F 6	3 産	
7	G 7	4 産	
8	H 8	5 産	
9		哺乳豚	
10		哺乳豚	
11		哺乳豚	
12		30 日齢	
13		30 日齢	
14		30 日齢	
15		60 日齢	咳あり
16		60 日齢	
17		60 日齢	
18		90 日齢	ヒネ
19		90 日齢	
20		90 日齢	
21		120 日齢	
22		120 日齢	
23		120 日齢	
24		150 日齢	
25		150 日齢	
26		150 日齢	
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

No.	個体No.	産歴・月齢	備考
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			

以下の注意事項をご了解の上、ご依頼くださいますようお願いいたします。

- ・血清の保管は、1検体あたり 1.8mLまで とさせていただきます。
- ・他施設への血清の分注転送をご要望の方は、1検体あたり分注費500円が発生いたしますことをご了承ください。
なお、ご請求額が40,000円以上となる場合に限り、1施設あたり500円とさせていただきます。また、転送費は1施設あたり、一律2,000円とさせていただきます。
- ・ご依頼後の血清転送の追加依頼は、保管血清量の都合上、お断りさせていただく場合がございます。
- ・血清量不足の場合は、ご依頼検査項目を実施できない場合がございます。
- ・ご依頼内容に不明点があった場合、確認のため、ご連絡をさせていただく場合がございます。確認が取れない場合、検体到着から4日目以降は、検体保管料(500円/検体/日)が発生いたしますので、あらかじめご了承ください。
- ・至急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。また時期によって至急対応ができない場合がございます