

馬伝染性子宮炎検査申請書(R5.4.1～)

No.

令和 年 月 日

日高家畜衛生防疫推進協議会長 様

獣医師名 _____

下記の検査(PCR検査)を依頼します。

区分※	有症状繁殖牝馬	検体	飼養者	住所	町
	国内繁殖初供用牝馬	検体		氏名	
	種牡馬	検体		TEL	
	乳母	検体		FAX	

(※○で囲んで下さい)

材 料 生殖器スワブ

採材月日 月 日 (AM PM)

No.	名号	品種	生年月日	性別	毛色	臨床所見及び疫学的事項