

① 入厩予定馬 検査接種状況確認票

飼養者名 _____

事前追切り調教VTRについて、下記の撮影希望場所を○で囲み、
各馬記入欄にある撮影の有無、各予防接種の接種状況について、ご記入ください。

A) 浦河：BTC軽種馬育成調教センター B) 新冠：(有)日高軽種馬共同育成公社 C) 撮影しない
【4/2(木)】 【4/7(火)】

- ※ ①～④まで健康手帳の30ページをご参考に記入してください。
- ※ ⑤につきましては、接種予定日をご記入願います。
- ※ 伝貧検査につきましては、入厩の必須要件ではございませんが、すでに接種・検査の証明がある場合はご記入ください。

| | | | | |
|---|--------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | 販売申込者名 | VTR撮影 する | ※ 各予防接種の接種日 | |
| | | | ① 3種混合ワクチン（基礎1回目） 年 月 日 | ④ 馬インフルエンザワクチン（補強） 年 月 日 |
| | 馬名 | しない | ② 3種混合ワクチン（基礎2回目） 年 月 日 | ⑤ 3種混合ワクチン（補強接種）春期 年 月 日 |
| | | | ③ 3種混合ワクチン（初回補強接種） 年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日 年 月 日 |

| | | | | |
|---|--------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2 | 販売申込者名 | VTR撮影 する | ※ 各予防接種の接種日 | |
| | | | ① 3種混合ワクチン（基礎1回目） 年 月 日 | ④ 馬インフルエンザワクチン（補強） 年 月 日 |
| | 馬名 | しない | ② 3種混合ワクチン（基礎2回目） 年 月 日 | ⑤ 3種混合ワクチン（補強接種）春期 年 月 日 |
| | | | ③ 3種混合ワクチン（初回補強接種） 年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日 年 月 日 |

| | | | | |
|---|--------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 3 | 販売申込者名 | VTR撮影 する | ※ 各予防接種の接種日 | |
| | | | ① 3種混合ワクチン（基礎1回目） 年 月 日 | ④ 馬インフルエンザワクチン（補強） 年 月 日 |
| | 馬名 | しない | ② 3種混合ワクチン（基礎2回目） 年 月 日 | ⑤ 3種混合ワクチン（補強接種）春期 年 月 日 |
| | | | ③ 3種混合ワクチン（初回補強接種） 年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日 年 月 日 |

| | | | | |
|---|--------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 | 販売申込者名 | VTR撮影 する | ※ 各予防接種の接種日 | |
| | | | ① 3種混合ワクチン（基礎1回目） 年 月 日 | ④ 馬インフルエンザワクチン（補強） 年 月 日 |
| | 馬名 | しない | ② 3種混合ワクチン（基礎2回目） 年 月 日 | ⑤ 3種混合ワクチン（補強接種）春期 年 月 日 |
| | | | ③ 3種混合ワクチン（初回補強接種） 年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日 年 月 日 |

| | | | | |
|---|--------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 5 | 販売申込者名 | VTR撮影 する | ※ 各予防接種の接種日 | |
| | | | ① 3種混合ワクチン（基礎1回目） 年 月 日 | ④ 馬インフルエンザワクチン（補強） 年 月 日 |
| | 馬名 | しない | ② 3種混合ワクチン（基礎2回目） 年 月 日 | ⑤ 3種混合ワクチン（補強接種）春期 年 月 日 |
| | | | ③ 3種混合ワクチン（初回補強接種） 年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日 年 月 日 |

【帯同馬がいる場合】馬名の前に、（帯同）とご記入ください。

F A X 返信先) 北海道市場事業部 0146-45-2095 提出期限 3月13日(金)