

# 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撮影場所について下記の撮影希望場所を○で囲み、  
各記入欄にある各馬に対し撮影の有無を○で囲んでください。

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  
【4/3(木)】 【4/8(火)～4/9(水)午前】

※①～④まで健康手帳のP30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 | 撮影する  | 販売申込者名 | ※ 各予防接種の接種日                  |                             |
|   |       |        | ① 3種混合ワクチン(基礎1回目)<br>年 月 日   | ② 3種混合ワクチン(基礎2回目)<br>年 月 日  |
|   |       |        | ③ 3種混合ワクチン(初回補強接種)<br>年 月 日  | ④ 馬インフルエンザワクチン(補強)<br>年 月 日 |
|   | 撮影しない | 馬名     | ⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期<br>年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日<br>年 月 日      |

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

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

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

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

|   |       |        |                              |                             |
|---|-------|--------|------------------------------|-----------------------------|
| 6 | 撮影する  | 販売申込者名 | ※ 各予防接種の接種日                  |                             |
|   |       |        | ① 3種混合ワクチン(基礎1回目)<br>年 月 日   | ② 3種混合ワクチン(基礎2回目)<br>年 月 日  |
|   |       |        | ③ 3種混合ワクチン(初回補強接種)<br>年 月 日  | ④ 馬インフルエンザワクチン(補強)<br>年 月 日 |
|   | 撮影しない | 馬名     | ⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期<br>年 月 日 | ※ 馬伝染性伝貧検査実施日<br>年 月 日      |

【帯同馬について】馬名の前に、(帯同)と記入してください。

FAX返信先) 北海道市場事業部 0146-45-2095 提出期限 3月14日(金)