

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
【4/4(木)】 【4/10(水)～4/11(木)】

※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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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) 年 月 日
	撮影しない	馬名	③ 3種混合ワクチン(初回補強接種) 年 月 日	④ 馬インフルエンザワクチン(補強) 年 月 日
			⑤ 3種混合ワクチン(補強接種) 春期 年 月 日	※ 馬伝染性伝貧検査実施日 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15日(金)