＜ 家畜抗体検査依頼書 ＞

依　頼　日　平成　　年　　月　　日

採材年月日　　年　　月　　日
ロットＮｏ．
検　体　数　　検体
農　場　名　　（　　県）
担 当 者 名
担当者連絡先

緊急度
至急・通常

エス・エム・シー株式会社
神奈川県厚木市上古沢 1816
TEL 046-248-7720
（抗体検査室：内線 17 番）
FAX 046-248-7721

検査依頼目的（必須項目）；定期検査・緊急確認・外部出荷検査

No	個体NO.	品種	性別	日齢	産歴	ﾜｸﾁﾝ接種日			検　査　項　目																	
									AD-ELISA		Ap2-LA	App-CF			Ap2-E	TOX	AR	SE	MPS-E	INF		PRRS-E	PRRS PCR	qPRRS-PCR	PCV2-PCR	qPCV2-PCR
									S	gI		1型	2型	5型						ﾌﾞﾀ	香港					
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

検査依頼目的は，必ずご記入下さい。
依頼項目に相応するワクチン接種日は，必ずご記入下さい。
検体の取り扱い上必要ですので，該当するものに○をして下さい。（ＡＤ：陽性・陰性・不明，ＰＲＲＳ：陽性・陰性・不明）

＜ 家畜抗体検査依頼書 ＞

No	個体NO.	品種	性別	日齢	産歴	ﾜｸﾁﾝ接種日			検査項目																		
									AD-ELISA		Ap2-LA	App-CF			Ap2-E	TOX	AR	SE	MPS-E	INF		PRRS-E	PRRS PCR	qPRRS-PCR	PCV2-PCR	qPCV2-PCR
									S	gI		1型	2型	5型						ﾌﾞﾀ	香港					
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											