

EQA 輸出犬等検査申請事項登録

ファイル(F) 表示(V)

共通部 繰返部

申請番号

申請年月日

申請者氏名

申請者住所

申請者電話番号

動物種\*  用途\*

仕向国(地域)\*

搭載空港(港)\*

検査希望動物検査所\*

輸送形態\*

AWB番号

搭載船名/便名  搭載年月日

荷送人氏名

荷送人住所

荷受人氏名\*

荷受人住所

備考

出国後再入国の有無\*

輸出国の受入れ条件
  マイクロチップによる個体識別
  狂犬病予防接種
  狂犬病抗体検査
  その他の予防接種

EQA 輸出犬等検査申請事項登録

ファイル(F) 表示(V)

共通部 繰返部

1 /10

名称\*  性別\*

品種\*

年齢 年 ヶ月 生年月日

体長  cm 体高  cm 体重  kg 毛色

飼養（購入）場所

購入年月日

日本への帰国予定（年月）

**個体識別情報**

個体識別方法\*  個体識別番号/マーク

マイクロチップメーカー  標識部位

マイクロチップの規格  標識年月日

**狂犬病予防接種**

	接種年月日	有効期限	予防液の種類	製品名及び製造会社
狂犬病予防接種1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**狂犬病抗体検査情報**

抗体検査1

抗体検査採血年月日  抗体価

抗体検査機関名

抗体検査機関住所

抗体検査2

抗体検査採血年月日  抗体価

抗体検査機関名

抗体検査機関住所

抗体検査3

抗体検査採血年月日  抗体価

抗体検査機関名

抗体検査機関住所

**その他予防接種情報**

	接種年月日	有効期限	予防液の種類	製品名及び製造会社
その他予防接種1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他予防接種2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他予防接種3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他予防接種4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他予防接種5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

備考