

IQC 輸入犬等検査申請

ファイル(F) 表示(V)

共通部 繰返部

共通番号

届出受理番号  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

仕出国(地域)

到着空港(港)

到着年月日  A W B / B L 番号

搭載空港(港)   輸送形態

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(入力)  荷受人氏名入力識別

荷受人住所

備考

IQC 輸入犬等検査申請

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

過去1年以内の訪問国及び訪問期間

指定地域滞在の有無

**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="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
狂犬病予防接種10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

出国前狂犬病抗体検査

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

出国前狂犬病抗体検査

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

出国前狂犬病抗体検査

**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="checkbox"/>	<input type="text"/>
その他予防接種2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
その他予防接種3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
その他予防接種4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
その他予防接種5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

仕向先名

仕向先住所

備考