<別記様式第1号>

第 16 回全日本ホルスタイン共進会 臨床検査確認書

出品者	住 所			
	氏 名			
出品牛	品 種	ホルスタイン・ジャージー	出品区分	第 部
	個体識別番号 (登録番号)		出品番号	*
	名 号			

臨 床 検 査

検査実施日時	2025年 月 日 時 分
--------	---------------

検 査 所 見	
---------	--

出発予定時刻	2025年 月 日 時 分
--------	---------------

上記のとおり確認しました。

2025年 月 日

実施者 所属氏名

都・道・府・県

所 属

獣 医 師

氏 名

署 名 記 入

(*印の欄については記入不要)

確 認 者 *

<別記様式第2号>

第 16 回全日本ホルスタイン共進会 出品牛 検査・予防接種証明書					
出品者	住所				
	氏名				
出品牛	品 種	ホルスタイン・ジャージー	出品区分	第 部	
	個 体 識 別 番 号 (登 録 番 号)		出品番号	*	
	名 号				
予 防 接 種	ワクチンの種類	実施年月日	製造元・製造番号	実施獣医師所属・氏名	
	炭 疽	2025年 月 日		印	
	牛 流 行 熱 又 是 牛 流 行 熱・イバラキ病 混 合 不 活 化	(1回目注射) 2025年 月 日		印	
		(2回目注射) 2025年 月 日		印	
	イバラキ病生	2025年 月 日		印	
	異 常 産 3種混合不活化 又 是 4種混合不活化	3種混合不活化・4種混合不活化(いずれかに○をつけて下さい)			
		(1回目注射) 2025年 月 日			印
牛 呼 吸 器 病 6種混合又は 5種混合生	(2回目注射) 2025年 月 日	前年実施 有・無 (無の場合は、2回接種)		印	
	6種混合・5種混合生(いずれかに○をつけて下さい)				
検 査	検査の種類	実施(採材)年月日	結 果	備 考	
	ヨ ー ネ 病 カテゴリー I・II いずれかに○印	カテゴリー I			
		2025年 月 日	陰 性	(検査方法)	
		カテゴリー II			
		(1回目検査) 2025年 月 日	陰 性	(検査方法)	
(2回目検査) 2025年 月 日	陰 性	(検査方法)			
上記のとおり相違ないことを証明する。 2025年 月 日 都・道・府・県 所属 獣医師・氏名 印					
(* 印の欄については記入不要)			確 認 者	*	