

水産用ワクチン使用指導書交付申請書

このことについて、下記のとおり水産用ワクチン使用指導書の交付を申請します。

申請内容

(1) ワクチン名および当該漁場における対象疾病の発生状況

① 使用を希望するワクチン名

注射ワクチン

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mバック レンサ注
<input type="checkbox"/> Mバック イニエ
<input type="checkbox"/> 松研Mバック IPLensa
<input type="checkbox"/> マリンジェンナーカワハギ α β
<input type="checkbox"/> マリンジェンナー レンサ1
<input type="checkbox"/> マリンジェンナー イリド ビブレ3混
<input type="checkbox"/> マリンジェンナーイリド
<input type="checkbox"/> `京都微研、マリナー4
<input type="checkbox"/> `京都微研、マリナコンビー2
<input type="checkbox"/> ノルバックスPLV3種oil
<input type="checkbox"/> ノルバックス イリド mono
<input type="checkbox"/> ピシバック注3混 | <input type="checkbox"/> ピシバック注LVS
<input type="checkbox"/> ピシバック注ビブリオ+レンサ
<input type="checkbox"/> ピシバック注LVPR/oil
<input type="checkbox"/> ピシバック注レンサ α 2
<input type="checkbox"/> ピシバック注レンサ α 3oil
<input type="checkbox"/> ピシバック注イニエ+イリド
<input type="checkbox"/> ピシバック注4
<input type="checkbox"/> ピシバック注5oil
<input type="checkbox"/> オーシャンテクトVNN
<input type="checkbox"/> マリンジェンナー II 型レンサ

<input type="checkbox"/> その他のワクチン(名称: _____) |
|---|---|

経口ワクチン

-
- アマリンレンサ
-
-
- アマリンレンサ追加投与
- ^{※1}
-
- (初回投与の交付番号 _____ 号)

※1追加投与の場合は、初回投与の交付番号を必ず記入してください。

浸漬ワクチン

-
- ピシバックビブリオ

② 対象となる疾病 _____

③ 発生状況: 下記のうち該当するものに✓印を記入してください。

- | | | |
|--|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 以前は発生したことがあるが最近(1年以上)の発生はない。
<input type="checkbox"/> 最近の発生はあるが、当該魚群には発症歴がない。
<input type="checkbox"/> 当該魚群に発症歴がある。 | } | ※必ず一つ選んでください。 |
|--|---|---------------|

(2) 投与予定魚

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| ① 魚種 _____ | ② 種苗の由来 _____ |
| ③ 入手日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ④ 小割の数 _____ 台 |
| ⑤ 尾数 _____ 尾 | ⑥ 平均魚体重 _____ g |
| ⑦ 総魚体重 _____ kg | |

⑧ その他: 下記のいずれかに該当するものがあれば、□に✓印を記入してください。

-
- 現在なんらかの疾病にかかっている。(疾病名: _____)
-
-
- 疾病の治療(投薬)を継続中である。(薬剤名: _____)
-
-
- 疾病治癒後1ヶ月経過をしていない。(疾病名: _____)
-
-
- 摂餌の不良や栄養障害が認められる。
-
-
- 異常遊泳やスレが認められる。

(3) ワクチンの購入を予定している販売店名および連絡先

(4) 投与

- ① 投与予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ② 使用ワクチン量 _____ ^{※経口ワクチンの場合は5日間の合計使用量を記入してください。}
- ③ ワクチン接種者^{※接種作業に従事する全員の氏名と受講修了書発行番号を記入してください(注射ワクチンの場合のみ)}

受講修了書発行番号	氏名	受講修了書発行番号	氏名

(5) ワクチン使用後は、後日送付されるアンケート用紙に養殖経過を記入し提出いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

愛媛県農林水産研究所長 様

申請者 漁業協同組合名(支所名)
 住 所
 氏 名
 電話番号

[記入上の注意]

- 1 会社名または会社代表者名の場合は略さず記入する。
- 2 住所は番地まで正確に記入する。