

生 乳 検 査 依 頼 書

太線内の必要事項を必ずご記入ください(漏れがある場合は検査できません)。

	検 査 依 頼 者
所属農協	
酪農家氏名	
希望連絡手法(○印)	電話 ・ FAX ・ 両方
電話番号	— —
FAX番号	— —
検査依頼日	年 月 日

	送付枚数
担当者氏名	
判定結果連絡	月 日 時 分
連絡先	雪印メグミルク(株) 神戸工場受入職場 TEL:078-912-1292

1. 抗生物質検査

依頼No.	個体番号	検査依頼種類(○印)					使用薬剤	最終投薬日時 ※初乳の場合は分娩日	搾乳禁止期間 (休薬期間) 時間/日	抗生物質検査結果
		PD <small>(ペーパーディスク)</small>	チャーム							
			BLTET	キノロン	QUAD2	QUAD3				
No.1							年 月 日 時		+ . -	
No.2							年 月 日 時		+ . -	
No.3							年 月 日 時		+ . -	
No.4							年 月 日 時		+ . -	

※牛用製剤リストに使用した種類の薬剤が無い場合には薬剤成分を獣医師等へお問合せ下さい。

※生乳の性状等により検査ができない場合があります。

2. その他検査

依頼No.	個体番号	検査依頼内容 <small>(血乳検査)</small>	検査依頼結果	備 考
No.1			+ . -	
No.2			+ . -	
No.3			+ . -	

※「2. その他検査」につきまして、雪印メグミルクでは血乳検査のみ行っております。