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	兵庫県酪農農業協同組合
酪農家氏名	
希望連絡手法（〇印）	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	
判定結果連絡日	月　　日　　時
連絡先	丹波乳業株式会社 TEL：0795-82-6324

1.抗生物質検査

依頼No.	個体番号	検査依頼種類（〇印）					使用薬剤	病名	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	マーキング 実施有無	抗生物質検査結果
		PD （ペーパーディスク）	チャーム									
			BLTET	キノロン	QUAD2	QUAD3						
No.1									年　月　日　時		有　無	合格・不合格
No.2									年　月　日　時		有　無	合格・不合格
No.3									年　月　日　時		有　無	合格・不合格
No.4									年　月　日　時		有　無	合格・不合格

※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。

生乳出荷日は、検査結果合格確認の次の搾乳時より出荷。

2.その他検査

依頼No.	個体番号	検査依頼内容 （血乳・アルコール他）	検査依頼結果	備　　考
No.1			合格　・　不合格	
No.2			合格　・　不合格	
No.3			合格　・　不合格	