

直接申込用（登録協会、支部経由以外）
 (一社)家畜改良事業団 殿

特定遺伝子型検査申込書 (試料に添付して事業団へ送付)

平成 年 月 日

所有者 住所: 〒 _____
 氏名: _____ 印
 Tel: _____
 申込者 住所: 〒 _____
 団体名: _____
 Tel: _____ Fax: _____
 担当者: _____

請求先: 所有者 / 申込者 送付先: 所有者 / 申込者 ※いずれかに☑をつけてください

検査の種類 (必要な項目の番号を○で囲んでください)

- 牛 51. バンド3欠損症 52. 第13因子欠損症 54. モリブデン補酵素欠損症 55. チェデアックヒガシ症候群 56. クローディン16欠損症
 58. MSHR(あか毛遺伝子型:黒毛和種) 63. 眼球形成異常症 41. IARS異常症 77. 前肢帯筋異常症 44. バーター症候群1型
 86. 7種類同時検査(51、52、54、55、56、58、63) 45. 8種類同時検査(51、52、54、55、56、58、63、41)
 73. 10種類同時検査(51、52、54、55、56、58、63、41、77、44) その他()
 経済形質関連遺伝子 59. SCD 101. GRIA1 その他()

検査対象牛 (登録番号は基本か本原で記入してください。)

試料採取は感染症のない健康な牛からお願いします。

続柄	個体識別番号	試料番号	名 号(ふりがな)	登録番号	生年月日	性	双子
父牛		新規牛は事業団が記入 検査済牛は申込者が記入			平成 年 月 日	雄	単・双
母牛					平成 年 月 日	雌	単・双
本牛	*		*		*平成 年 月 日	*	*単・双
					平成 年 月 日		単・双

*: 個体情報として申込みに必須な項目です。

本申込書に記入いただいた個人情報、検査業務以外の目的には利用することはありません。

メモ: _____