

直接申込用（登録協会、支部経由以外）

# 特定遺伝子型検査申込書

（試料に添付して事業団へ送付）

令和 年 月 日

## （一社）家畜改良事業団 殿

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 41. IARS異常症 43. 骨格粗大症 44. バーター症候群1型 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. チェデアックヒガン症候群 56. クローディン16欠損症 58. MSHR(あか毛遺伝子型) 63. 眼球形成異常症  
 77. 前肢帯筋異常症 87. 11種類同時検査(41、43、44、51、52、54、55、56、58、63、77、)  
 その他( )

経済形質関連遺伝子 59. SCD 78. FASN2 85. FASN 101. GRIA1 105. NT5E 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			年 月 日	雄	単・双
母牛					年 月 日	雌	単・双
本牛	*		*		*年 月 日	*	*単・双
					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: \_\_\_\_\_