

死亡牛の届出

(牛海綿状脳症対策特別措置法第6条第1項の規定による届出)

令和 年 月 日

東京都知事 殿

| | | | | |
|--|------------|--|---------|-----------|
| 1. 届出者の氏名及び住所 | 氏名 | [獣医師・所有者] | | |
| | 住所 | | | |
| 2. 牛の死体の所有者の氏名及び住所 | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| 3. 死亡した牛の性別及び月齢 (月齢が不明の時は推定月齢) | 性別 | [雌・雄・去勢] | 月 齢 | ヶ月齢 (□推定) |
| 4. 牛の死体の所在の場所 | □所有者の住所と同一 | | | |
| 5. 牛が死亡した年月日時 及び死亡時の状態 (死体を発見した年月日時又は 発見時の状態、推定死亡年月日) | 死亡時 | 令和 年 月 日 | 時 (□推定) | |
| | 発見時 | 令和 年 月 日 | 時 | |
| | 状態 | | | |
| 6. その他参考となるべき事項 | | | | |
| | 耳標番号10桁 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 用途 | [乳用・肉用・その他()] | | |
| | その他 | ・伝染病の疑い[有・無]] 伝染性疾患の確認 ・死亡経過[急死・加療中]] ・特定症状[有・無]] 検査対象 ・BSE関連症状[有・無]] ・起立不能[有・無]] | | |

太字枠内にご記入下さい。

□内は該当した場合にチェックを入れて下さい。

家保記入項目

| | |
|---------|----------------|
| 整理番号 | — |
| 受理年月日時 | 年 月 日 時 |
| 受理者氏名 | |
| 届出方法 | 文書 FAX TEL メール |
| 死亡牛搬入予定 | 月 日 時 頃 |

届出先

東京都家畜保健衛生所
東京都西多摩郡日の出町大字平井2759
TEL 042-588-7171
FAX 042-597-5656