

死亡めん羊・山羊に関する届出書

届出年月日： 年 月 日

東京都家畜保健衛生所長 殿

1 届出者氏名：

所属：

住所：

連絡先： 電話 () FAX ()

区分（該当に○印）： 所有者 ・ 管理者 ・ 獣医師

2 死亡家畜の種類（該当に○印）

めん羊（品種： ） 性別 雄 去勢 雌

山 羊（品種： ） 性別 雄 去勢 雌

用途：生産農場(繁殖・肥育・)、その他(展示・学校・愛玩・研究用・他)

3 生年月日： 年 月 日 (カ月齢:不明の場合は推定)

4 死亡年月日時間： 年 月 日

5 診断または検案した獣医師氏名：

6 死 因（検案・診断を受けている場合）

7 生前に、搔痒感、脱毛、無気力化、麻痺、運動失調、発育不良等の臨床症状の有無

有 ・ 無

8 当該死亡めん山羊の死体の処分方法（予定）

全焼却処分 その他（具体的方法：)

焼却処分場所：

届出先 東京都家畜保健衛生所 電話 042-588-7171

FAX 042-597-5656

〒190-0182 西多摩郡日の出町大字平井2759番地