

# 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] ] ★96ヶ月齢未満の牛の場合 ・特定臨床症状[有・無] ] 検査対象 ・歩行困難[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