

指定地域からの輸入用



Quarantine

Form AB

輸出国			
荷送人	氏名： 住所：		
荷受人	氏名： 住所：		
動物の識別			
動物種	品種	動物の名前	性別 ☐ 雄 ☐ 雌
生年月日(年／月／日)又は年齢		毛色	用途 ☐ 個人愛玩用 ☐ その他：
マイクロチップ番号		埋め込み年月日(年／月／日)	
獣医師による臨床検査 *出発直前に実施すること(10日以内)			
私、 ・ 動物に埋め込まれたマイクロチップを読み、番号を確認した。 ・ 動物は、狂犬病に罹患しているいかなる徴候も認められなかった(犬については、レプトスピラ症についても同様)。 獣医師住所： 証明年月日(年／月／日)： 署名：			
輸出国政府獣医官による証明			
1. 在住証明(該当する項目をチェックする) ☐ 動物は、輸出国において日本に出発する直前の少なくとも180日間、または生まれて以来、継続して飼養されていた。 ☐ 動物は、輸出国において、日本から直接輸入されて以来継続して飼養されていた。 ☐ 日本に輸出される直前の輸出国における飼養期間が180日に満たない(日本へ輸出される前の180日間の経歴を記載すること)。 輸出国に滞在する以前に動物が飼養されていた国： 輸出国へ入国した日(年／月／日)： それまでの経歴(国及び期間、該当する場合)： 2. 輸出国には、少なくとも輸出前の過去2年間、狂犬病の発生がない。 3. 動物は輸送用ケージに収容され、そのケージに封印されている。コンテナ封印番号： 注)動物が積替えされる場合は、輸送用ケージが封印される又は付属書類が必要となる。			
輸出国政府獣医官による裏書き証明			
私、 上記の事項が、全て事実と相違ないことを証明します。 所属機関名及び住所： 署名： 公印 日付(年／月／日)：			