狂犬病抗体検査証明書
（兼申請書）

一般財団法人生物科学安全研究所
252-0132　神奈川県相模原市緑区橋本台 3-7-11
TEL 042-762-2819　FAX 042-762-7979
E-mail：rabies@riasbt.or.jp（狂犬病抗体検査専用ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）
URL：https://www.riasbt.jp/　（RIAS ｳｪﾌﾞｻｲﾄ）

1. 動物1匹につき1枚の本書類を使用して下さい。「動物種」欄は該当する□にレ印を付けて下さい。
2. 血清（血漿不可）は最低1mLを準備し、血清のラベルに動物のマイクロチップ番号を明確に標記して下さい。
3. 血清の送付は容器の破損・漏れのないように梱包し、本申請書と共に冷蔵でお送り下さい。
4. 血清は平日に到着するようにお送り下さい。
5. 獣医師のサインがない場合は証明書が発行できません。獣医師の直筆のサインが必要です。

送付先:　一般財団法人生物科学安全研究所　　〒252-0132　神奈川県相模原市緑区橋本台3-7-11

支払方法：	先払いとなります。下記の銀行口座に振込をお願い致します。振込手数料は依頼者負担でお願いします。振込を証明する書類のコピーを本書類に同封してください。振込確認後、検査を開始しますのでご注意下さい。
銀行口座：	みずほ銀行　町田支店　普通口座　1140722　ｻﾞｲ)ｾｲﾌﾞﾂｶｶﾞｸｱﾝｾﾞﾝｹﾝｷｭｳｼｮ（一財）生物科学安全研究所
検査費用：	15,000円（消費税込）

所有者記入欄	依頼日：　　年　　月　　日	出国予定日：　　年　　月　　日
名前:		
住所:	〒　　TEL＆FAX：	

担当獣医師記入欄

診療所及び担当獣医師の名前		獣医師のサイン及び日付：	
住所：	〒　　TEL＆FAX：		

動物の詳細

動物種：	□ 犬　□ 猫 □その他(　　)	マイクロチップ番号：	
品種・名前	品 種 ： 名 前 ：	埋込年月日：	年　　月　　日
生年月日：	年　　月　　日	送付血清の採血日：	年　　月　　日

狂犬病ワクチン接種歴（直近の2回分）

日付	ワクチン名称	有効免疫期間	ワクチン製造会社	ロット番号
年　月　日		□1年・□2年・□3年		
年　月　日		□1年・□2年・□3年		
年　月　日		□1年・□2年・□3年		

研究所使用欄

□□□□□□IU／mL

検査方法：蛍光抗体ウイルス中和試験(FAVN)
左記のとおり、検査成績を証明します。
（抗体価の基準は 0.5IU/mL 以上です）

一般財団法人生物科学安全研究所

検体受領日	年　月　日	受付番号	R			証明書発行日	年　月　日