

水産用ワクチン使用指導書交付申請書(経口用)

長崎県総合水産試験場長 様

申請年月日 令和 年 月 日

申請者名 (1)組 織 名 : _____

(2)代表者氏名 : _____

(3)住 所 : _____

(4)電 話 番 号 : _____

所属漁業協同組合名(担当) : _____ (_____)

所属漁業協同組合電話番号 : _____

以下の内容に相違ありませんので、水産用ワクチン使用指導書の交付をお願いします。

1. 使用を希望するワクチン名(番号を丸で囲み、必要事項を記入すること)

アマリン レンサ1回目

アマリン レンサ2回目(1回目の交付番号: _____ 号)

その他(ワクチン名: _____)

2. 投与の予定(番号を丸で囲み、必要事項を記入すること)

(1) 魚種: ブリ カンパチ ヒラマサ その他(魚種名: _____)

(2) 由来: 人工種苗(自家生産) 人工種苗(_____ 県産)

天然種苗(自家採捕) 天然種苗(_____ 県産)

(3) 入手年月日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(4) 投与予定尾数 : _____ 尾(収容小割数: _____ m × _____ m × _____ mが _____ 面)

(5) 投与予定魚群の平均魚体重 : _____ g(測定年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(6) 投与予定年月日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 疾病等の状況

(1) ワクチン投与予定魚群の現在の状態について(「はい」、「いいえ」のどちらかを丸で囲む)

疾病の発生はなく、疾病の兆候も認められない (はい、いいえ)

遊泳異常やスレは認められない (はい、いいえ)

摂餌不良や栄養障害は認められない (はい、いいえ)

ワクチン投与後1週間以上、投薬、網替え、選別を行わないことが可能である (はい、いいえ)

(2) 薬剤の投薬歴について(ワクチン投与予定群に薬剤を投薬したことがない場合は投薬歴無しを丸で囲む)

直近に投薬した薬剤の名称 (_____ 、投薬歴無し)

を投薬した最終年月日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

4. その他

(1) 申請日の漁場の水温: _____ (上昇中 、 安定 、 下降中)

(2) ワクチン購入予定販売店名および購入予定量:

販売店名 _____ TEL. _____ 予定量 _____ ml

販売店名 _____ TEL. _____ 予定量 _____ ml

販売店名 _____ TEL. _____ 予定量 _____ ml

水産用ワクチン使用指導書交付申請書 (注射用)

長崎県総合水産試験場長 様

申請年月日 令和 年 月 日
 申請者名 (1)組織名 : _____
 (2)代表者氏名 : _____
 (3)住所 : _____
 (4)電話番号 : _____
 所属漁業協同組合名(担当) : _____ ()
 所属漁業協同組合電話番号 : _____

以下の内容に相違ありませんので、水産用ワクチン使用指導書の交付をお願いします。

1. 使用を希望するワクチン名 (番号を丸で囲むこと)

ポセイドン「レンサ球菌」 Mバック レンサ注 マリンジェンナー レンサ1
 ピシバック 注 レンサ 2 ピシバック注ビプリオ+レンサ
 “京都微研” マリナコンピ - 2 ノルバックス類結/レンサOil 松研MバックIPレンサ
 その他(ワクチン名: _____)

2. 投与予定魚 (番号を丸で囲み、必要事項を記入すること)

- (1) 魚種: ブリ ヒラマサ カンパチ マダイ シマアジ ヒラメ
 マハタ その他(魚種名: _____)
- (2) 由来: 人工種苗(自家生産) 人工種苗(______県産)
 天然種苗(自家採捕) 天然種苗(______県産)
- (3) 入手年月日 : 令和____年____月____日
- (4) 投与予定尾数 : _____尾 (収容小割数: ____m x ____m x ____mが____面)
- (5) 投与予定魚群の平均魚体重 : _____g (測定年月日: 令和____年____月____日)
- (6) 投与予定年月日 : 令和____年____月____日

3. 疾病等の状況

- (1) ワクチン投与予定魚群の現在の状態について(「はい」、「いいえ」のどちらかを丸で囲む)
 疾病の発生はなく、疾病の兆候も認められない (はい、いいえ)
 遊泳異常やスレは認められない (はい、いいえ)
 摂餌不良や栄養障害は認められない (はい、いいえ)
 ワクチン投与後1週間以上、投薬、網替え、選別を行わないことが可能である (はい、いいえ)
- (2) 薬剤の投薬歴について(ワクチン投与予定群に薬剤を投薬したことがない場合は投薬歴無しを丸で囲む)
 直近に投薬した薬剤の名前 (______、投薬歴無し)
 を投薬した最終年月日 (令和____年____月____日)

4. その他

- (1) 申請日の漁場の水温: _____ (上昇中、安定、下降中)
- (2) ワクチン購入予定販売店名および購入予定量:
 販売店名 _____ TEL. _____ 予定量 _____ ml
 販売店名 _____ TEL. _____ 予定量 _____ ml
- (3) ワクチン接種作業員名 (10名以上の場合は、欄外に記入すること)

| 登録番号 | 氏名 | 登録番号 | 氏名 | 登録番号 | 氏名 |
|------|----|------|----|------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

注) 接種作業員については、長崎県の接種技術講習を受講した者に限る。

水産用ワクチン使用結果報告書

1. 使用者 氏名 _____ 電話 _____ FAX _____
2. 使用ワクチン名 _____
3. ワクチン購入販売店名 _____
4. 指導書番号 _____
5. ワクチン使用魚種名 _____
6. ワクチン投与魚 (投与開始時点の数値を記入する)
 - (1) 尾数 _____ 尾 (収容小割数: __m×__m×__mが__面)
 - (2) 平均魚体重 _____ g
7. ワクチン購入量 _____ ml (_____ ml× _____ 本)
8. ワクチン使用量 _____ ml (製造番号: _____)
9. 使用開始年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
10. 使用終了年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
11. 接種作業名 (注射ワクチンの場合のみ列記する)

12. ワクチン安全性の判定
 - (1) 判定年月日 (ワクチン投与後2週間目に判定する)
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 - (2) 安全性 (いずれかを で囲む) 安全 副作用あり 不明
 - (3) 副作用または不明の状況 (副作用が認められた場合または不明の場合のみ記入する)

13. ワクチン有効性の判定
 - (1) 判定年月日 (ワクチン接種後20日以降で180日以内に判定する)
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 - (2) 有効性 (いずれかを で囲む) 著効 有効 無効 不明
 - (3) 無効または不明と判定した理由 (無効または不明と判定した場合のみ記入する)

報告書の提出は、FAXにて行うこと

(提出先) 長崎県総合水産試験場 環境養殖技術開発センター 養殖技術科

FAX 095-850-6366