

狂犬病抗体検査証明書  
(兼申請書)



JIS Q 17025:2018(ISO/IEC 17025:2017)



一般財団法人生物科学安全研究所 Ver.20250924  
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@riastb.or.jp (専用メールアドレス)  
URL : https://www.riastb.jp/ (RIAS ウェブサイト)

- 動物1匹につき1枚の本書類を使用してください。「動物種」欄は該当する□にレ印を付けてください。
- 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ください。
- 血清は平日に到着するようにお送りください。
- 獣医師の署名がない場合、証明書は発行できません。採血した獣医師の署名が必要です。
- 当研究所の許可なく、この証明書を複製することを禁じます。

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いたします。振込手数料は依頼者負担でお願いいたします。 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ください。
銀行口座 :	みずほ銀行 町田支店 普通口座 1140722 (一財) 生物科学安全研究所 (Swift code : MHCBJPJT)
検査費用 :	15,000円 (消費税込)

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

獣医師記入欄	診療所及び 獣医師の 名前 :	採血した獣医師の 署名及び日付 :	年 月 日
	住所 :	〒	TEL&FAX :
動物の詳細	動物種 : <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他( )	マイクロ チップ番号 :	
品種 :		埋込年月日 :	年 月 日
名前 :		送付血清の 採血日 :	年 月 日
生年月日 :	年 月 日		年 月 日

狂犬病ワクチン接種歴	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		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1年・ <input type="checkbox"/> 2年・ <input type="checkbox"/> 3年		

研究所使用欄 この検査結果は上記記載の動物のみに適用されるものです。

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 0.5 IU/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
検査実施期間	~ 年/月/日 年/月/日					検査証明書承認者

一般財団法人生物科学安全研究所は、「研究所使用欄」の記載に対してのみ責任を負います。  
[記入例はコチラをクリック](#)