

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ドレス)
URL : http://www.riasbt.or.jp/ (研究所 HP アドレス)

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」欄は該当する口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。必ず獣医師にサインをしてもらって下さい。

検査委託先：一般財団法人生物科学安全研究所

検体送付先：	本証明書(兼申請書)に必要事項をご記入の上、必ず検体(血清)を同封し下記までお送りください。 本書と検体を別送された場合は証明書の発行はできません。 〒563-0011 大阪府池田市伏尾町103 株式会社エム・エル・ディー TEL:072-753-0335
検査費用：	15,000円(検査料金+証明書発行代)(消費税込;本体価格13,637円)(会員料金)

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

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
		☐ 1年・ ☐ 2年・ ☐ 3年		
		☐ 1年・ ☐ 2年・ ☐ 3年		
		☐ 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
-------	-------	----------	---	--	--------	-------

RABIES ANTIBODY TEST CERTIFICATE AND SUBMISSION FORM



RESEARCH INSTITUTE FOR ANIMAL SCIENCE IN
BIOCHEMISTRY & TOXICOLOGY
3-7-11 Hashimotodai, Midoriku, Sagamihara, Kanagawa 252-0132, Japan
TEL: +81(0)42-762-2819, FAX: +81(0)42-762-7979
E-mail: rabies@riasbt.or.jp (attn: RABIES ANTIBODY TEST)
URL: https://www.riasbt.jp/ (RIAS website)

1. Please complete one submission form per animal. Please check the appropriate box regarding "animal species".
2. Please send a minimum of 1 mL of serum (*plasma is unacceptable) clearly labelled with the animal's microchip number.
3. All the serum samples should be sent with refrigerated packaging, ensuring that completed submission forms are enclosed.
4. Please send serum samples to arrive on weekdays.
5. No certificate can be issued without the signature of a submitting veterinary surgeon. Please make sure he/she has signed in the designated column.

Send sample to: **RESEARCH INSTITUTE FOR ANIMAL SCIENCE IN BIOCHEMISTRY AND TOXICOLOGY**
3-7-11 Hashimotodai, Midoriku, Sagamihara, Kanagawa 252-0132, Japan

Payment:	Payment should be made in advance. Please pay to the bank account below by bank remittance. Please note that bank transfer fee will be borne by the client. Please note that testing will only commence after completion of the bank remittance is confirmed.
Bank account:	MIZUHO BANK MACHIDA BRANCH 1140722
Price of Test	15,000 Japanese Yen (Including tax)

FOR OWNER'S USE	Date of submission: _____ year/month/day	Estimated date of departure: _____ year/month/day
Name:		
Address:		
Postcode	TEL&FAX:	

FOR SUBMITTING VETERINARY SURGEON'S USE

Names of practice and veterinary surgeon		Signature of veterinary surgeon and date signed	
Address:			
Postcode	TEL&FAX:		
Animal's details			
Animal Species:	Please check the appropriate box ☐ Canine ☐ Feline ☐ Other(Please specify) _____	Microchip Number:	
Pet's name	Pet's name:	Date of Implantation of Microchip	
Breed	Breed:	Date of Blood drawing:	
Date of Birth:			

Rabies Vaccination History (The last two times) * Please check the appropriate box

Date	Vaccine Product Name	Valid Period of Immunity*	Vaccine Manufacturer	Lot Number
		☐ 1year • ☐ 2years • ☐ 3years		
		☐ 1year • ☐ 2years • ☐ 3years		
		☐ 1year • ☐ 2years • ☐ 3years		

For RIAS use only

IU/mL		Fluorescent Antibody Virus Neutralization test(FAVN) This is to certify the test result stated to the left (Antibody level must be 0.5IU/mL or above.).		Research Institute for Animal Science in Biochemistry & Toxicology	
Date of Sample Receipt	_____ year/month/day	Sample Ref. Number	R	Date of Certificate Issue	_____ year/month/day