

年 月 日

高知県水産試験場長 様

下記のとおり、水産用抗菌剤使用指導書の交付を申請します。

なお、水産動物に抗菌剤を使用するに当たっては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第52条第1項で規定されている医薬品に添付されている文書又はその容器若しくは被包に記載されている事項及び動物用医薬品及び医薬品の使用の規制に関する省令（平成25年農林水産省令第44号）第2条で規定されている動物用医薬品の使用者が遵守すべき基準を遵守し、適正に使用します。

また、交付にあたって、本申請分と既交付分で有効期間が重複する内容があった場合は、有効期間が本申請の交付日より1年間となることに異存がないことを申し添えます。

記

1 養殖業者等名：（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

電話番号：

2 住所：（水産用抗菌剤の使用の対象となる水産動物を養殖する施設等の住所）

3 使用を希望する水産用抗菌剤についての情報

（①②③について、該当箇所の□を塗りつぶしてください：複数回答可）

①使用したい 水産用抗菌剤の成分名	②水産用抗菌剤の使用の対象となる 水産動物の種類	③水産用抗菌剤の使用の対象となる 水産動物の疾病
<input type="checkbox"/> アンピシリン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 類結節症
<input type="checkbox"/> ホスホマイシンカルシウム	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 類結節症 <input type="checkbox"/> エドワジエラ症
<input type="checkbox"/> チアンフェニコール	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 類結節症 <input type="checkbox"/> ビブリオ病
<input type="checkbox"/> フロルフェニコール	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 類結節症 <input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> エリスロマイシン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> 塩酸リンコマイシン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> 塩酸ドキシサイクリン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> アルキルトリメチルアンモニウム カルシウムオキシテトラサイクリン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症 <input type="checkbox"/> ビブリオ病
	<input type="checkbox"/> かれい目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> 塩酸オキシテトラサイクリン	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> ビブリオ病
	<input type="checkbox"/> にしん目魚類(海水養殖)	<input type="checkbox"/> ビブリオ病
	<input type="checkbox"/> かれい目魚類	<input type="checkbox"/> 連鎖球菌症
<input type="checkbox"/> オキシリン酸	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> ビブリオ病
	<input type="checkbox"/> にしん目魚類(海水養殖)	<input type="checkbox"/> せつそう病 <input type="checkbox"/> ビブリオ病
<input type="checkbox"/> オキシリン酸(懸濁水性剤)	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> 類結節症
<input type="checkbox"/> スルファモノメトキシシン又は そのナトリウム塩	<input type="checkbox"/> すずき目魚類	<input type="checkbox"/> ビブリオ病 <input type="checkbox"/> ノカルジア症
	<input type="checkbox"/> にしん目魚類(海水養殖)	<input type="checkbox"/> ビブリオ病
<input type="checkbox"/> スルフィゾールナトリウム	<input type="checkbox"/> ぶり	<input type="checkbox"/> 類結節症 <input type="checkbox"/> ビブリオ病 <input type="checkbox"/> ノカルジア症
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

注：水産用医薬品の使用記録票又は魚病被害・水産用医薬品使用状況調査票の写しを添付すること。

別記様式第 6 号

水産用抗菌剤使用指導書に関する理由書

年 月 日

様

※動物用医薬品販売業者名を記入

水産用抗菌剤使用指導書の写しを提出できない理由等は下記とおりです。

なお、養殖水産動物に抗菌剤を使用するに当たっては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 52 条第 1 項で規定されている医薬品に添付されている文書又はその容器若しくは被包に記載されている事項及び動物用医薬品及び医薬品の使用の規制に関する省令（平成 25 年農林水産省令第 44 号）第 2 条で規定されている動物用医薬品の使用者が遵守すべき基準を遵守し、適正に使用します。また、次回水産用抗菌剤を購入する際には、水産用抗菌剤使用指導書の写しを提出した上で購入します。

記

- 1 養殖業者等名：（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
- 2 住所：（水産用抗菌剤の使用の対象となる水産動物を養殖する施設等の住所）
- 3 連絡先（電話番号）：
- 4 抗菌剤使用指導書が提出できない理由：（予期せぬ疾病の発生等理由を記載）
- 5 使用を希望する水産用抗菌剤についての情報
 - （1）水産用抗菌剤の使用の対象となる水産動物の種類：
 - （2）水産用抗菌剤の使用の対象となる水産動物の疾病：
 - （3）使用したい水産用抗菌剤の名称：

別記様式第7号

水産用抗菌剤使用指導書に関する報告書

年 月 日

様

住所

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

養殖業者等より予期せぬ疾病の発生等に対処するため緊急を要し、使用指導書の写しが提出できないとの理由書の提出があつたことから、水産用抗菌剤使用指導書を有しない養殖業者等に水産用抗菌剤を販売しましたので、理由書の写しを添付の上、報告します。