

令和 年 月 日

宮城県食肉衛生検査所長 殿

申請者 住所

氏名

印

T S E 検査証明願

下記の事由により，T S E（伝達性海綿状脳症）検査結果を証明願います。

記

使用目的

提出先

	検査年月日	と畜検査申請番号	畜種	耳標番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				