

カンキツグリーニング病検定受付票

持ち込み年月日		令和 年 月 日		受付者氏名	
持ち主	氏名	ふりがな			
	持ち主住所	電話 () -			
	木の所在地				
持ち込み本数		本	品 種 名	シークワサー・タンカン・温州・カーブチー・あまSUN キンカン・レモン・ライム・その他()・不明	
カンキツグリーンング病への感染が確認された場合、当該罹病樹の伐採に同意します。					
氏 名 印					
No.	ゴマダラカミキリの被害		備 考		PCR結果
1	有 ・ 無				＋ ・ －
2	有 ・ 無				＋ ・ －
3	有 ・ 無				＋ ・ －
4	有 ・ 無				＋ ・ －
5	有 ・ 無				＋ ・ －
6	有 ・ 無				＋ ・ －
7	有 ・ 無				＋ ・ －
8	有 ・ 無				＋ ・ －
9	有 ・ 無				＋ ・ －
10	有 ・ 無				＋ ・ －
その他	※その他気がついたこと、気になる点などを記入して下さい。 病害虫防除技術センター使用欄				
検定依頼者(出荷団体/担当者)					
伐 採 状 況			未 ・ 済	伐採できない理由	
受理日	令和 年 月 日	報告日	令和 年 月 日	検定担当者氏名	