

カンキツグリーンング病検定受付票

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・カープチャー・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	No.	PCR結果	備考
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		+ ・ -	
備考	※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(普及組織・市町村名/担当者)				

※罹病樹の伐採作業・指導は市町村主体でお願いします。
伐採後は指定様式にて報告願います。

受理日	令和 年 月 日	報告日	令和 年 月 日	検定担当者氏名	
-----	----------	-----	----------	---------	--