

平成 年 月 日

様

FAX: TEL: 返送先/日本通運(株)成田空港支店
 国際営業課(輸出) 宛
 当社の営業は、月～金曜日となります。
 土日祝祭日はお取り扱い出来ませんのでご了承下さ FAX: 0476-32-8009 TEL: 0476-32-8011

オーダーシート

荷送人	氏名	
	住所	
	電話	TEL :
	F A X	FAX :
荷受人	氏名	
	住所	
	電話	TEL :
	F A X	FAX :
仕 向 地 (最寄りの空港、または都市名)		

品 名	数 量	単 価	価 格	原 産 国
BREED		COLOUR		
NAME		OWNER'S NAME :		
SEX		MICRO SHIP #		
AGE		BIRTH		

出荷予定日			
総 個 数	個	荷 姿	段ボール (発砲スチロール) その他 ()
総 重 量	約 K G S		
サ イ ズ	縦 CM	横 CM	高さ CM
1. 航 空 運 賃	① 元払い ② 着払い		
2. お支払いの条件	出荷前日までに銀行振込または出荷日に現金にてお支払いください。		
3. 輸 出 諸 費 用	① 元払い ② 着払い		
4. 貨物の売買契約	① 有償(売買あり) ② 無償(サンプル、ギフト等)		
5. 集 荷	① 必要(チャーターとなります) ② 不要(お客様手配の業者名:)		
6. 貨 物 保 険	① 必要(興亜保険) ② 不要		
7. 着 地 配 達	① 必要 ② 不要(空港止め)		
8. 着 地 費 用	① 元払い ② 元払い(関税などを含む) ③ 着払い		

→ 注)* 全て英語で記入して下さい。

* 価格は輸出入時の税関申告価格になりますので、有/無償に関係なく必ず記入して下さい。

健康証明書
HEALTH CERTIFICATE

・所有者の住所及び氏名 (*ADDRESS & NAME OF OWNER*)

ADDRESS : _____

NAME : _____

・動物の種類 (*SPECIES OF ANIMAL*)

・品種 (*BREED*)

・名前 (*NAME*)

・マイクロチップ番号 (*MICROCHIP NO.*)

・性別 (*SEX*)

・生年月日 (*DATE OF BIRTH*)

・用途 (*USE*)

・毛色 (*COLOR*)

・生産地 (*COUNTRY OF ORIGIN*)

上記の動物の健康状態が、良好であることを証明します。

また、上記の動物が生後より日本に在住していることを証明します。

*THIS IS TO CERTIFY THAT THE ABOVE-MENTIONED ANIMAL
IS IN GOOD CONDITION,
AND ALSO THAT THE ANIMAL HAS BEEN IN JAPAN SINCE ITS BIRTH.*

・獣医師の住所、氏名及び日付 (*ADDRESS & NAME OF VETERINARIAN & DATE*)

ADDRESS : _____

HOSPITAL : _____

NAME : _____ DATE : _____

・署名及び捺印 (*SIGNATURE & SEAL*)

米国税関提出書類

DATE: / /

NAME:

ORGANIZATION:

ADDRESS:

CITY / COUNTRY / POSTAL CODE:

PHONE:81-

FAX:81-

TO U.S. CUSTOM OFFICIALS:

Please allow this package to continue through to Kansas state University.

It contains serum samples of (circle one)

FELINE

CANINE

FELINE and CANINE

This package is packed in accordance with 42 CFR section 72 and 49 CFR section 171-180.

- 1) This package does not include any material from equine, ruminant, swine or avian species or any material in transport media.
- 2) The animal(s) from which these samples originated were not inoculated or exposed to any infections agents of agricultural importance.

signature of shipper



Letter of Authorization to Charge Credit Card

I authorize Kansas State University to charge my credit card in the amount of \$ _____ for laboratory services rendered.

Description of Charge: _____

Cardholder's name (as on card): _____

Type of card: ___ Mastercard ___ Visa ___ Discover ___ American Express

Expiration Date (month/year): _____

Card Number: _____

Cardholder's Authorized Signature:

Date: _____

Cardholder's Billing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Telephone: _____ Work Telephone: _____

Fax: _____ E-mail: _____

If this is an international transaction, please contact your credit card company to preauthorize this charge.

Please send payment to:

Kansas State University Rabies Laboratory
1800 Denison Ave. Mosier Hall
Manhattan, KS 66506-5606
Telephone: (785) 532-4483
Fax: (785) 532-4474

