

**【フォーム B】噴霧吸引／10 リットル以上の補液 許可申請  
(ビタミンまたはミネラルの補液以外)**

#### 当該馬の治療を担当する獣医師記入欄

競技会名：

馬名：

馬管理責任者名：

治療を必要としている症状：

月日	投与時刻	処置内容（目的・薬品名・量）	投与経路
／	:		
／	:		
／	:		
／	:		
／	:		

参加状況： ☐ 出場前      ☐ 出場中      ☐ 出場取り止め      ☐ 出場後

補液が必要な理由： ☐ 輸送後      ☐ クロスカントリー後      ☐ その他（                      ）

治療担当獣医師署名：

職掌区分： ☐ 救護獣医師      ☐ 子-ム獣医師      ☐ 個人委託獣医師

獣医師団長記入欄

獣医師団長署名：

\* 治療担当獣医師、獣医師団長の署名後、原本は獣医師団長→JEF 事務局、コピーを治療担当獣医師および馬管理責任者に渡すこと。