

## ブリーダーズカップの新たな要件について

### 出国前の血液検査が必須になりました

2024年ブリーダーズカップへ出走を検討している外国馬全頭に血液検査が義務付けられました。デルマー競馬場の検疫厩舎で42時間の到着検疫隔離を行うために米国農務省が定めた入国前の必須要件です。

ブリーダーズカップへの出走を検討している馬は全頭、以下のスケジュールに従って、必ず血液検体を提出していただけますようお願いいたします。日本での輸出検疫の妨げにならないよう、早めに米国農政省の入国前血液検査の検体採取に取り掛からなくてはならないため、遠征を検討している馬については、出走の可能性の大小に関わらず、検体の提出をお願いするものでございます。下記の期限までに検体をご提出いただけない場合、ブリーダーズカップへの遠征及びレースへの出走に伴い、厳しい条件が課される可能性があります。ブリーダーズカップに出走する可能性が少しでもある場合には、以下のスケジュールに沿って検体を提出していただけますようお願いいたします。

1. 9月1日から9月15日までの間に獣医師を手配し4本分の採血をしてください。獣医師には遠心分離機で血清（1本につき最低5mlの血清）にし、検体（Vial）には必ず馬名と採血日を英語で記載して頂くようお願いください。
2. 獣医師に Specimen submission の 10、11、18、20、21 にご記入いただけるようお願いください。添付の記入方法を参照にしてください。
3. 保冷剤を入れて血清4本を梱包し、2で獣医師が記入した Specimen Submission を添付し、クロネコヤマトのクール便にて、下記の住所までお送りください。  
9月15日までに必着するよう、お手配ください。

※宅配便で血清を発送する際、クロネコヤマト側から「安全確認証明書」を取り交わすよう指示が出る場合がございます。スムーズな発送のために予めお近くのクロネコヤマト事業所にお問合せの上ご準備ください。獣医師が発送まで担当する場合は、獣医師にもお伝えください。

〒282-0004

千葉県成田市古込字込前 154 番地 4 第一貨物代理店ビル M202 号

日本通運株式会社 成田空港支店 国際営業第1課

齋田竜一様あて

TEL : 0476-32-6321, FAX : 0476-32-6588

e-mail : [riyoichi.saida@nipponexpress.com](mailto:riyoichi.saida@nipponexpress.com)

全頭の検体が集まり次第、4本のうち2本を米国農務省の要請に従って米国にある特別検査機関に送ります。残りの2本は、検査機関から、さらにサンプルを送るよう指示された場合に備えて保存しておきます。

検査費用は 185 ドルです。検査費用と送料は IRT が立て替えることとし、ブリーダーズカップ終了後に馬主様に輸送費用と共に請求します。送料は出走した陣営で均等に分配します。馬が遠征しなかった場合、ブリーダーズカップ終了後に検査費用のみを調教師様宛てに、ケイト・ハンターから個別に請求させていただきます。

9月15日の検体の到着期限以降に血液検査を希望される場合は、検体の送料と検査料を全額ご負担いただくことになります。送料は40,000円から70,000円ほどです。追加の費用を避けるため、期限内に血液をご提出いただけるよう、ご協力をお願いいたします。

出国検疫開始前に血液検体を提出し陰性結果を得られなかった馬は他の日本馬と一緒にの便にて輸送することはできません。ロサンゼルス国際空港 (LAX) 近くの輸入検疫施設で42時間の輸入検疫を受ける必要があります。競馬場の検疫エリアと違い、LAXの輸入検疫施設内には厩舎スタッフの立ち入りは禁止されており、42時間の検疫期間中は当該施設のスタッフが馬の世話をすることになります。費用の負担も大きく、出走馬の心身にも大きく影響するリスクがあるため、9月15日までに上記宛先に検体が必着するよう、お手配にご協力くださいますようお願い申し上げます。

ご不明な点はお気軽にお問い合わせください。

ケイト・ハンター

ブリーダーズカップ代理人

080-7894-7999

廣瀬徹人 (IRT)

Email: [thirose@irt.com](mailto:thirose@irt.com)

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0579-0090, 0101, and 0212. The time required to complete this information collection is estimated to average .5 hours per response for 0579-0090, 1 hour per response for 0579-0101, and .333 hours per response for 0579-0212, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.

OMB Approved  
0579-0090, 0579-0101,  
and 0579-0212

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
ANIMAL AND PLANT HEALTH INSPECTION SERVICE  
NATIONAL VETERINARY SERVICES LABORATORIES  
P.O. BOX 844, 1920 DAYTON AVENUE, AMES, IA 50010  
(515) 337-7514

### SPECIMEN SUBMISSION

PAGE  
1 OF 1

INSTRUCTIONS: Use a separate form for each species and each owner/broker. See "Instructions for Completing VS Form 10-4" for definitions.

1. SUBMITTER NAME (including Business Name) IRT (USA) LLC		2. NVSL SUBMITTER ID 3029763	3. NAME OF OWNER SPIX Co., Ltd	<input type="checkbox"/> Check if wildlife (no owner)
EMAIL ADDRESS irtusa@irt.com		OWNER CITY Shibuya	STATE/COUNTRY Tokyo	
PHONE NO.	FAX NO.	4. LOCATION OF ANIMALS		
MAILING ADDRESS (Street, City, State, ZIP Code) IRT 1525 Kautz Rd. Ste 1600, West Chicago, IL, 60185		PREMISES ID	COUNTY Japan	STATE/COUNTRY Miyagi Pref

5. PAYMENT METHOD

<input checked="" type="checkbox"/> USER FEE ACCOUNT NO. 3438478	<input type="checkbox"/> CHECK/MONEY ORDER (Enclosed, payable to USDA in US dollars)	<input type="checkbox"/> CREDIT CARD Number: <span style="color: red;">↓名前を英語で記入してください</span>
---	---	--

6. HERD/FLOCK SIZE	9. EXAMINATIONS REQUESTED EVA EIA PIROPLASMOSIS (CELIA and CF) DOURINE, GLANDERS	10. COLLECTED BY DR. Takashi Kato
7. NO. IN HERD/FLOCK AFFECTED		11. DATE COLLECTED 7 April 2023
8. NO. IN HERD/FLOCK DEAD		12. AUTHORIZED BY <span style="color: red;">↑検体の採取日を英語で記入してください</span>

13. PURPOSE OF SUBMISSION (See instructions for definitions)

<input type="checkbox"/> Interstate Movement	<input type="checkbox"/> Import	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> Reagent Evaluation
<input type="checkbox"/> Export	<input type="checkbox"/> FAD/EP Diagnostic	<input type="checkbox"/> General Diagnostic	<input type="checkbox"/> NVSL Intralab
<input checked="" type="checkbox"/> Pre-Import	<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Developmental Research	

14. COUNTRY OF ORIGIN/DESTINATION  
Japan

15. REFERRAL NUMBER

16. PRESERVATION

<input type="checkbox"/> None	<input checked="" type="checkbox"/> Ice Pack	<input type="checkbox"/> Dry Ice	<input type="checkbox"/> Formalin	<input type="checkbox"/> Borax	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Other (Specify)
-------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--

↑検体の本数を記入してください

17. SPECIMENS SUBMITTED ("X" applicable item(s))

<input type="checkbox"/> Blood	<input type="checkbox"/> Feces	<input type="checkbox"/> Parasite	<input checked="" type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Tissue (specify)	<input type="checkbox"/> Whole Animal	<input type="checkbox"/> Other (specify)
<input type="checkbox"/> Culture	<input type="checkbox"/> Feed	<input type="checkbox"/> Plant	<input type="checkbox"/> Soil	<input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Fetus	
<input type="checkbox"/> Extract	<input type="checkbox"/> Milk	<input type="checkbox"/> Semen	<input type="checkbox"/> Swab (specify)	<input type="checkbox"/> Water	<input type="checkbox"/> DNA/RNA	

18. TOTAL NUMBER OF SPECIMENS SUBMITTED  
5

19. SPECIES OR SOURCE ("X" ONLY one)

<input type="checkbox"/> Cattle	<input type="checkbox"/> Goat	<input type="checkbox"/> Chicken	<input type="checkbox"/> Bison	<input type="checkbox"/> Fish	<input type="checkbox"/> Other (specify)
<input type="checkbox"/> Swine	<input checked="" type="checkbox"/> Horse	<input type="checkbox"/> Turkey	<input type="checkbox"/> Deer (specify)	<input type="checkbox"/> Environment	
<input type="checkbox"/> Sheep	<input type="checkbox"/> Donkey	<input type="checkbox"/> Other bird (specify)	<input type="checkbox"/> Elk	<input type="checkbox"/> Reagent	

20. NUMBER OF ANIMALS SAMPLED  
1

↑検体を採取した馬の頭数をご記入ください

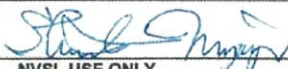
21. IDENTIFICATION (See instructions <250 samples per form)

Sample ID	Animal ID	Breed	Age	Sex	Sample ID	Animal ID	Breed	Age	Sex
	VIN DE GARDE(JPN)	Thoroughbred	7 yo	colt					

←馬名、年齢、性別を記入してください

22. ADDITIONAL DATA (History, clinical signs, post mortem findings, remarks, tentative diagnosis, special instructions. Use additional sheets if necessary).

Please email results to IRT. (kknotek@irt.com, mhaug@irt.com, kdelagarza@irt.com)

23. SIGNATURE OF SUBMITTER AND DATE X  7th Apr. 2023	NVSL USE ONLY		
CONDITION	PRIORITY	DISTRIBUTION	RECEIVED BY

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0579-0090, 0101, and 0212. The time required to complete this information collection is estimated to average .5 hours per response for 0579-0090, 1 hour per response for 0579-0101, and .333 hours per response for 0579-0212, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.

OMB Approved  
0579-0090, 0579-0101,  
and 0579-0212

**UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
ANIMAL AND PLANT HEALTH INSPECTION SERVICE  
NATIONAL VETERINARY SERVICES LABORATORIES  
P.O. BOX 844, 1920 DAYTON AVENUE, AMES, IA 50010  
(515) 337-7514**

**SPECIMEN SUBMISSION**

PAGE  
OF

INSTRUCTIONS: Use a separate form for each species and each owner/broker. See "Instructions for Completing VS Form 10-4" for definitions.

1. SUBMITTER NAME (including Business Name)		2. NVSL SUBMITTER ID	3. NAME OF OWNER <input type="checkbox"/> Check if wildlife (no owner)
EMAIL ADDRESS		OWNER CITY	STATE/COUNTRY
PHONE NO.	FAX NO.	<b>4. LOCATION OF ANIMALS</b>	
MAILING ADDRESS (Street, City, State, ZIP Code)		PREMISES ID	
		COUNTY	STATE/COUNTRY

**5. PAYMENT METHOD**

<input type="checkbox"/> USER FEE ACCOUNT NO.	<input type="checkbox"/> CHECK/MONEY ORDER (Enclosed, payable to USDA in US dollars)	<input type="checkbox"/> CREDIT CARD	Number: Exp. Date:
6. HERD/FLOCK SIZE	9. EXAMINATIONS REQUESTED	10. COLLECTED BY	
7. NO. IN HERD/FLOCK AFFECTED		11. DATE COLLECTED	
8. NO. IN HERD/FLOCK DEAD		12. AUTHORIZED BY	
13. PURPOSE OF SUBMISSION (See instructions for definitions)		14. COUNTRY OF ORIGIN/DESTINATION	
<input type="checkbox"/> Interstate Movement <input type="checkbox"/> Import <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Reagent Evaluation <input type="checkbox"/> Export <input type="checkbox"/> FAD/EP Diagnostic <input type="checkbox"/> General Diagnostic <input type="checkbox"/> NVSL Intralab <input type="checkbox"/> Pre-Import <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Developmental Research		15. REFERRAL NUMBER	

16. PRESERVATION  
 None    Ice Pack    Dry Ice    Formalin    Borax    Alcohol    Other (Specify)

17. SPECIMENS SUBMITTED ("X" applicable item(s))	18. TOTAL NUMBER OF SPECIMENS SUBMITTED
<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Parasite <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Tissue (specify) <input type="checkbox"/> Whole Animal <input type="checkbox"/> Other (specify) <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Feed <input type="checkbox"/> Plant <input type="checkbox"/> Soil <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Fetus <input type="checkbox"/> Extract <input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Semen <input type="checkbox"/> Swab (specify) <input type="checkbox"/> Water <input type="checkbox"/> DNA/RNA	

19. SPECIES OR SOURCE ("X" ONLY one)	20. NUMBER OF ANIMALS SAMPLED
<input type="checkbox"/> Cattle <input type="checkbox"/> Goat <input type="checkbox"/> Chicken <input type="checkbox"/> Bison <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Other (specify) <input type="checkbox"/> Swine <input type="checkbox"/> Horse <input type="checkbox"/> Turkey <input type="checkbox"/> Deer (specify) <input type="checkbox"/> Environment <input type="checkbox"/> Sheep <input type="checkbox"/> Donkey <input type="checkbox"/> Other bird (specify) <input type="checkbox"/> Elk <input type="checkbox"/> Reagent	

**21. IDENTIFICATION (See instructions <250 samples per form)**

IDENTIFICATION					IDENTIFICATION				
Sample ID	Animal ID	Breed	Age	Sex	Sample ID	Animal ID	Breed	Age	Sex

22. ADDITIONAL DATA (History, clinical signs, post mortem findings, remarks, tentative diagnosis, special instructions. Use additional sheets if necessary).

23. SIGNATURE OF SUBMITTER AND DATE				<b>NVSL USE ONLY</b>			
X							
<b>NVSL USE ONLY</b>							
CONDITION	PRIORITY	DISTRIBUTION	RECEIVED BY				