

## 『供試虫、供試菌の提供及びくん蒸効果判定事業』

文化財消毒などに使用される供試虫及びカビ(供試菌)を提供しております。

また、広く関係者の皆様の便宜を図るため、公益事業を実施する団体として、ご希望に応じ「**くん蒸効果判定書(証明書)**」を発行します。

### 提供できるテストサンプル



コクゾウムシ  
(全態)



タバコシバンムシ  
(全態)



クロコウジカビ  
(ペーパーディスク5個)

#### ◎テストサンプルの提供

供試虫・供試菌ともに、FAXでご注文いただき、ご希望に応じて送付いたします。

#### ◎くん蒸効果判定書の発行

コクゾウムシとタバコシバンムシは、返送到着後、態別に一定期間生死や羽化の有無を確認します。供試菌(クロコウジカビ)は、返送到着後、一週間培養し生死を確認します。

これらにより、くん蒸の効果が確認されたときは、「くん蒸効果判定書」を発行し、必要書類を作成します。

注文方法や料金は、ウラにあります



## 注文からの流れ

希望される方は、1週間前までにFAXで注文表(別紙用紙)にて日くん協あてに**注文**して下さい。

日くん協 FAX 045-441-1971

↓  
テストサンプルを送付します。(原則毎週木曜日)

↓  
くん蒸済みのテストサンプルは、毎週木曜日に到着するように送付いただきます。

↓  
送付先: 221-0032 横浜市神奈川区出田町1-33-2  
電話/FAX 045-441-1971

供試虫は3週間保管し、供試菌は1週間培養して生死を判定し、くん蒸効果判定書を発行します。

## 料金

### (1) テストサンプル

供試虫: コクゾウムシ	全態各50頭1セット	800円
タバコシバンムシ	全態各50頭1セット(3本)	2,400円

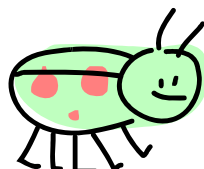
供試菌: クロコウジカビ	標準菌株孢子 約1,000個付	
	ペーパーディスク5個/袋	800円

### (2) くん蒸効果判定書

供試虫・供試菌とも1通5,000円(会員価格4,500円)

※判定書が不要の場合は別途送料を頂きます。

以上のほか、ご希望によりノシメマダラノメイガ、ヒラタコクヌストモドキ、アズキゾウムシ、トルコカクムネヒラタムシなども提供出来ます。



是非、ご利用下さい!!

## テストサンプル発注表(例)

受理確認

発注先                     一般社団法人日本くん蒸技術協会 担当者行                    

                    F A X  045-441-1971                    

発注日                     年月日                    

送付先                     郵便番号                      
                    住所                      
                    会社名                    

一般社団法人日本くん蒸技術協会 出田町調査室  
 〒221-0032 神奈川県横浜市神奈川区出田町1-33-2  
 TEL/FAX 045-441-1971

発注責任者 氏名                     ※発注ご担当者様をご記入ください                      
 電話                       
 F A X                     

※ご注文はFAXにてお受けいたします。  
 ※注文確認後、受付確認欄にサインのうえ、FAXにて  
 ご返信致します。

施工施設名称 <small>(判定書に記載される施工先名称となります)</small>	使用薬剤	施工 空間数	施工期間	サンプル 必着日	殺虫判定				殺カビ判定			送付先	発注金額 合計
					虫種類	虫本数	判定書数	追加 判定書	カビ袋数	判定書数	追加 判定書		
(例示) 〇〇博物館	アルプ	1箇所	5/3 ~ 5/7	5/2	コクゾウ	3本	1通	0通	3袋	1通	0通	※サンプルの送付先を記入して下さい	¥14,800
※特記事項(送付先が上記と違う場合記載)													¥14,800

# テストサンプル発注表

受理確認

発注先 一般社団法人日本くん蒸技術協会 担当者行

F A X 045-441-1971

発注日 年月日

送付先 郵便番号  
住所  
会社名

一般社団法人日本くん蒸技術協会 出田町調査室  
〒221-0032 神奈川県横浜市神奈川区出田町1-33-2  
TEL/FAX 045-441-1971

発注責任者 氏名  
電話  
F A X

※ご注文はFAXにてお受けいたします。  
※注文確認後、受付確認欄にサインのうえ、FAXにて  
ご返信致します。

施工施設名称 (判定書に記載される施工先名称となります)	使用薬剤	施工 空間数	施工期間	サンプル 必着日	殺虫判定				殺カビ判定			送付先	発注金額 合計
					虫種類	虫本数	判定書数	追加 判定書	カビ袋数	判定書数	追加 判定書		
※特記事項(送付先が上記と違う場合記載)													