

| 業務名（業務コード） |   |             | 輸出動物検査申請事項登録（E O A） |    |     |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
|------------|---|-------------|---------------------|----|-----|--------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 項番         | 欄 | 項目名         | ID                  | 属性 | 桁   | 繰<br>1 | 繰<br>2 | 条件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | コード | 入力条件／形式 |                                                                                 |
|            |   |             |                     |    |     |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 1          |   | 入力共通項目      |                     | an | 398 |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 2          |   | 申請番号        | NO                  | an | 10  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | （１）初期登録の場合は、入力不可<br>（２）事項を訂正する場合に入力                                             |
| 3          |   | 申請先動物検疫所コード | SDC                 | an | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | （１）英字で入力<br>（２）事項を訂正する場合は、変更不可                                                  |
| 4          |   | 申請先動物検疫所名   | SDN                 | j  | 40  |        |        | X  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 初期登録でシステムが設定                                                                    |
| 5          |   | 申請者氏名       | NOA                 | an | 60  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 入力不要（システムに登録されている申請者氏名から変更不可）                                                   |
| 6          |   | 申請者住所       | AOA                 | an | 74  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 申請者住所がシステムに登録されている住所と異なる場合に入力                                                   |
| 7          |   | 連絡先電話番号     | TOA                 | n  | 11  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 連絡先電話番号がシステムに登録されている連絡先電話番号と異なる場合に入力                                            |
| 8          |   | 動物種コード      | KNC                 | an | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 動物種類コード                                                                         |
| 9          |   | 動物種名        | KNN                 | an | 40  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 動物種がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                                |
| 10         |   | 品種コード       | CMC                 | an | 5   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 動物品種コード                                                                         |
| 11         |   | 品種名         | CMN                 | an | 40  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 品種がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                                 |
| 12         |   | 名称          | KNA                 | an | 40  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 13         |   | 用途コード       | US                  | an | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 動物用途コード                                                                         |
| 14         |   | 用途名         | UN                  | an | 30  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 用途がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                                 |
| 15         |   | 合計頭（羽・群）数   | AMT                 | n  | 6   |        |        | X  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 16         |   | 頭数（雄）       | NBM                 | n  | 5   |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 17         |   | 頭数（雌）       | NBF                 | n  | 5   |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 18         |   | 頭数（去勢）      | NBC                 | n  | 5   |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 19         |   | 頭数（無鑑別・不明）  | NBN                 | n  | 5   |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 20         |   | 年齢（最小）      | OLY                 | n  | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 年齢（最小）≦年齢（最大）であること                                                              |
| 21         |   | 年齢（最大）      | OLO                 | n  | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 22         |   | 年齢単位        | OLM                 | an | 1   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 年齢単位コード<br>Y：年齢の単位が「年」の場合<br>M：年齢の単位が「月」の場合<br>W：年齢の単位が「週」の場合<br>D：年齢の単位が「日」の場合 |
| 23         |   | 仕向国（地域）コード  | SMC                 | an | 2   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 仕出国（地域）コード<br>英字で入力                                                             |
| 24         |   | 仕向国（地域）名    | SMN                 | an | 30  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 仕向国（地域）がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                            |
| 25         |   | 生産地名        | SSTN                | an | 80  |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |
| 26         |   | 経歴          | CRR                 | j  | 80  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 国内での飼養の状況及び海外渡航歴を入力                                                             |
| 27         |   | 輸送形態        | TRC                 | n  | 1   |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 輸送形態コード<br>1：海上貨物の場合<br>2：航空貨物の場合<br>3：携帯品の場合                                   |
| 28         |   | A W B 番号    | BLN                 | an | 35  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         | 航空貨物の場合のみ入力                                                                     |
| 29         |   | 搭載船（機）名     | VSL                 | an | 35  |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |                                                                                 |

| 業務名（業務コード） |   |                                                | 輸出動物検査申請事項登録（EOA） |    |    |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             |                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|------------------------------------------------|-------------------|----|----|--------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 項番         | 欄 | 項目名                                            | ID                | 属性 | 桁  | 繰<br>上 | 繰<br>下 | 条件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | コード | 入力条件／形式                     |                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|            |   |                                                |                   |    |    |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             |                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 30         |   | 搭載港コード                                         | TSKC              | an | 3  |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 国連LOCODE<br>（国名2桁を除く<br>3桁） |                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 31         |   | 搭載港名                                           | TSKN              | an | 20 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 搭載地がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 32         |   | 搭載予定年月日                                        | TSYD              | n  | 8  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）搭載予定年、搭載予定月及び搭載予定時期が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）検査希望年月日≦搭載予定年月日であること                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 33         |   | 搭載予定年                                          | TSYY              | n  | 4  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）搭載予定年月日が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）西暦4桁で入力                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 34         |   | 搭載予定月                                          | TSYM              | n  | 2  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）搭載予定年月日に入力されていない場合は、入力必須<br>（２）2桁で入力                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 35         |   | 搭載予定時期                                         | TSYJ              | an | 1  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）搭載予定年月日が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）「上旬」の場合は、「E」を入力<br>（３）「中旬」の場合は、「M」を入力<br>（４）「下旬」の場合は、「L」を入力                                              |  |  |  |  |  |  |
| 36         |   | 検査希望場所コード                                      | MOC               | an | 4  |        |        | M  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 動物係留検査場所<br>コード             |                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 37         |   | 検査希望場所名                                        | MON               | j  | 74 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 係留希望検査場所がコード化されていない場合（バスケットコードの場合）に入力                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 38         |   | 検査希望年月日<br>（自）                                 | KKDS              | n  | 8  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）検査希望年、検査希望月及び検査希望時期が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）検査希望年月日（自）及び検査希望年月日（至）の両方に入力がある場合は、<br>検査希望年月日（自）≦検査希望年月日（至）であること<br>（３）検査希望年月日≦搭載予定年月日であること |  |  |  |  |  |  |
| 39         |   | 検査希望年月日<br>（至）                                 | KKDE              | n  | 8  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 検査希望年、検査希望月及び検査希望時期が入力されていない場合に入力                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 40         |   | 検査希望年                                          | KKJY              | n  | 4  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）検査希望年月日（自）及び検査希望年月日（至）が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）西暦4桁で入力                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 41         |   | 検査希望月                                          | KKJM              | n  | 2  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）検査希望年月日（自）及び検査希望年月日（至）が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）2桁で入力                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 42         |   | 検査希望時期                                         | KKJJ              | an | 1  |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）検査希望年月日（自）及び検査希望年月日（至）が入力されていない場合は、入力必須<br>（２）「上旬」の場合は、「E」を入力<br>（３）「中旬」の場合は、「M」を入力<br>（４）「下旬」の場合は、「L」を入力                               |  |  |  |  |  |  |
| 43         |   | 仕入地                                            | SP                | j  | 74 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 動物を購入した場所を入力                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 44         |   | 仕入年月日                                          | SRND              | j  | 40 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 動物を購入した時期を入力                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 45         |   | 買付又はひき付経路                                      | KMH               | j  | 50 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 偶蹄類の動物、馬、初生ひなの輸出については、分かる範囲で入力                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 46         |   | 仕入地買付又はひき付経路又は係留地における家畜の伝染性<br>疾病の有無及びその<br>状況 | SHK               | j  | 74 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 偶蹄類の動物、馬、初生ひなの輸出については、分かる範囲で入力                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 47         |   | ひき付中発病又は死亡した動物の頭数と<br>その状況                     | HSTJ              | j  | 74 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 偶蹄類の動物、馬、初生ひなの輸出については、分かる範囲で入力                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 48         |   | 荷送人コード                                         | EPC               | an | 17 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 輸出入者コード<br>法人番号             | （１）無符号輸出者の場合、入力不要<br>（２）先頭13桁で入力した場合は、システムで後4桁に「0000」を補完する                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 49         |   | 荷送人氏名                                          | EPN               | an | 70 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | 荷受荷送人DBに登録されていない輸出者または、登録されている名称が無効の場合に入力                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 50         |   | 荷送人住所（都道府県）                                    | EA1               | an | 15 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |                             | （１）荷送人コードに入力がない場合は、入力必須<br>（２）荷送人住所（都道府県）がシステムに登録されている住所と異なる場合に入力                                                                          |  |  |  |  |  |  |

| 業務名（業務コード） |   |             | 輸出動物検査申請事項登録（E O A） |    |    |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|-------------|---------------------|----|----|--------|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 項番         | 欄 | 項目名         | ID                  | 属性 | 桁  | 繰<br>1 | 繰<br>2 | 条件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | コード | 入力条件／形式 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            |   |             |                     |    |    |        |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51         |   | 荷送人住所（市区町村） | EA2                 | an | 35 |        |        | C  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |