

(*) の項目は必ず記入してください。

JA庄内みどり

令和 7 年度

薬剤防除実績

1 頁(*)

事業所コード(*)	生産者番号(*)	生産者名	電話番号	圃場名・面積	播種日	定植日	収穫終了日

履歴番号(*)	履歴名	品種名	収穫開始日(*)	収穫開始日①	収穫開始日②	収穫開始日③	収穫開始日④	収穫開始日⑤
4 5 0	タラの芽		出荷検査に該当の日付を左から順番に記入					

★濃度が計画通りの時は○ ★該当する農薬の防除実施日を記入してください。

農薬登録番号 または 屋号抜き農薬番号		【種類名】	【本剤使用回数】		希釈倍数 使用量	濃度(倍、ジベレリンはppm)		1 回目		2 回目		3 回目		4 回目		5 回目		6 回目		
		農 薬 名				○印	実績		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
9	3	3	4	3	殺菌剤 ストロビーフロアブル	75日前 2回以内			そうか病	2000倍					X	X	X	X	X	X
9	0	5	5	8	殺菌剤 トップジンM水和剤	60日前 2回以内				1500倍					X	X	X	X	X	X
9	5	2	8	4	殺菌剤 ユニフォーム粒剤	60日前 2回以内				20kg/10a					X	X	X	X	X	X
9	0	1	2	0	殺虫剤 スミチオン乳剤	2回以内				100倍					X	X	X	X	X	X
9	2	9	9	4	殺虫剤 バイオリサ・カミキリ	一回														

202

製作・提供：特定非営利活動法人 農業ナビゲーション研究所

連絡事項	受付	確認・登録	確認	JA確認	JA確認
収穫予定日の7日前までに提出してください。 農薬はルールに従い正しく使用しましょう。	提出日： 年 月 日 署名： 氏名 印				