

# 病害診断依頼書

ゴルフ場名		依頼日	年 月 日
コース管理者名		Tel	Fax e-mail
発生場所			
依頼者	株式会社クルーガー	町田 茂	Tel 029-886-5001 Fax 029-886-5003 <a href="mailto:machida@kluger.co.jp">machida@kluger.co.jp</a>
報告書送付先			
報告書送付方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail    上記		
発生時期		サンプル採取日	月 日
芝 種			
発生状況			
①病徴の大きさ			
②発生型			
③病斑の形			
③病斑の色			
④発生規模			
⑤天候	症状発生まで		
	症状発生後		
⑥進展状況			
管理状況	灌水頻度( ) 施肥( ) 環境: ①                      ②日照条件		
農薬施用状況	(病害発生前後)		
1. 月 日	薬剤名:	_____	
	普通倍率散布	倍液、	ℓ/m <sup>2</sup> その他: _____
2. 月 日	薬剤名:	_____	
		倍液、	ℓ/m <sup>2</sup> その他: _____
3. 月 日	薬剤名:	_____	
		倍液、	ℓ/m <sup>2</sup> その他: _____
予想病害	<input type="checkbox"/> 葉枯病 <input type="checkbox"/> 炭疽病 <input type="checkbox"/> 葉腐病 <input type="checkbox"/> ピンム病 <input type="checkbox"/> 赤焼病 <input type="checkbox"/> 立枯病 <input type="checkbox"/> ダラススポット病 <input type="checkbox"/> フザリウム病 <input type="checkbox"/> 雪腐病 <input type="checkbox"/> その他( スプリングデットスポット)		
その他(要望事項等)			
ニッソーグリーン 担当者名		※依頼者が代理店の方の場合、記載	
送付先: 榛原フィールドリサーチセンター      緑化研究グループ 荻野様 住所 〒421-0412静岡県牧之原市坂部62-1      TEL:0548-29-0611			