

登録番号	第 号（年度）
注射済票番号	第 号

犬 の 登 録 申 請 書
 狂犬病予防注射済票交付

年 月 日

室 戸 市 長 様

申 請 者
 住 所
 氏 名

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名 〕
 電話番号

犬 の 所 在 地			
種 類	種・雑種	生年月日又は年齢	
毛 色		性 別	め す ・ お す
犬 の 名			
犬 の 特 徴			

上記の犬について、犬 の 登 録 を受けたいので、手数料
 狂犬病予防注射済票交付
 を添え申請いたします。

- 注 1 印欄には、申請者の住所と犬の所在地が異なる場合にのみ記入すること。
 2 様式中該当を で囲むこと。

下記欄は、集合注射以外の場合に記入すること。

注 射 実 施 年 月 日	年 月 日
注 射 実 施 獣 医 師 名	
上 記 確 認 者	