

犬の登録（注射済票交付）申請書

年 月 日

長野市保健所長 宛

下記のとおり犬の登録をしてください。（下記のとおりですから、注射済票を交付してください。）

住 所

氏 名

電話 ()

犬の所在地(所有者住所と異なる場合)

電話 ()

犬の種類	性別	毛 色	名 前	体 格	生年月日	※登録(鑑札)・注射番号
	オス	白 黒 茶		大 中 小		登録 第 号
	メス	()				注射 第 号
	オス	白 黒 茶		大 中 小		登録 第 号
	メス	()				注射 第 号

※登録（鑑札）・注射番号欄は記入しないでください

問診（狂犬病予防注射を受けようとする犬に関して、次の事項の該当するものにチェックをしてください。「ある」または「はい」に一つでも該当する場合、注射を受けられないことがあります。）

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 現在、飼い犬の体調に異常がありますか | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| <input type="checkbox"/> 飼い犬が、現在妊娠中、もしくは病気療養中ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <input type="checkbox"/> 飼い犬が、狂犬病予防注射の後、具合が悪くなったことがありますか | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |