

		年	月	日
マイクロチップ識別番号証明書				
下記の特定期動物について、埋め込まれているマイクロチップの識別番号を証明します。				
		獣医師	氏名	印
			住所	
			電話番号	
確認	年月日	年	月	日
識別	番号			
記				
1	特定動物飼養・保管許可申請者			
	(1) 氏名			
	(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)			
	(2) 住所			
2	特定動物の情報			
	(1) 種類			
	(2) 性別			
	(3) 外見上の特徴			
3	識別措置の別	<input type="checkbox"/> 規格マイクロチップ		
		(施行規則第15号第2項第3号関係)		
		<input type="checkbox"/> 規格外マイクロチップ（製造元：		
		（特定動物飼養・保管方法細目第2条第1項第1号ロ等関係）		
4	識別措置の実施部位	<input type="checkbox"/> 特定動物の種類ごとに環境大臣が定める部位（		
		<input type="checkbox"/> その他（		
5	備考			

備考

- 1 行政機関が証明する場合にあつては、「獣医師氏名」に代えて行政機関の名称を記入すること。
- 2 記の1から4までについては、この特定動物に係る飼養・保管許可申請者が記入すること。
- 3 この証明書の用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 4 「4 識別措置の実施部位」欄には、規格外マイクロチップの場合に製造元を記入すること。
- 5 複数の動物を証明する場合は、別紙にそれぞれの識別番号及び記の1から4までを記載して添付すること。
- 6 この証明にかかる事務担当者が申請者と異なる場合は、「5 備考」欄に事務担当者の氏名及び電話番号を記入すること。