第５号様式

**犬 の 注 射 済 票 交 付 申 請 書**

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）　京 都 市 保 健 所 長 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者の住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地） | 申請者の氏名（法人にあっては，名称及び代表者名）電話　　　　－　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 　狂犬病予防法施行規則第１２条第２項の規定により犬の注射済票の交付を申請します。 |
| 犬の種類 |  | 犬の生年月日 | 年　　月　　日 |
| 犬の毛色 |  | 犬の性別 | □ オス　　□ メス |
| 犬の名前 |  |
| 犬の体格 | □　大型　　□　中型　　□　小型 |
| その他犬の特徴 |  |
| 登録番号鑑札番号又はマイクロチップ識別番号いずれかを記載 | （鑑札番号）第　　　　　　　　　号 | 登録年度登録番号がマイクロチップ識別番号の場合は記載不要 | 　　　　　　年度 |
| （マイクロチップ識別番号）第　　　　　　　　　号 |
| 注射実施者住所 |  |
| 注射実施者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－ |
| 注射実施年月日 | 年　　月　　日　 |

注　該当する□には，レ印を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手数料金額円 |  | 収受印 |
| 手数料徴収印 |
| 点検印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 注射済票番号 | 第　　　　　　号 |