**様式第1号**（第2条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 登録番号 | | | 第　　　　　号（　　年度） | | | |
|  | | | 注射済票番号 | | | 第　　　　　号 | | | |
| 犬の登録狂犬病予防注射済票交付申請書  年　　月　　日  　大紀町長　　　　　様  申請者  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　印  （）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　　（　　） | | | | | | | | | |
|  | 犬の所在地 | ※ | | |  | | |  |  |
|  | 種類 | 種・雑種 | | | 生年月日又は年齢 | | |  |  |
|  | 毛色 |  | | | 性別 | | | 雌　・　雄 |  |
|  | 犬の名 |  | | |  | | |  |  |
|  | 犬の特徴 |  | | |  | | |  |  |
| 上記の犬について、犬の登録狂犬病予防注射済票交付を受けたいので、手数料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 | | | 印 | | |