

処置内容証明書

【注意事項】 渡航先の条件に沿って全ての処置を行うこと。

飼主氏名: _____

飼主住所: _____

名 称: _____ 動物種: 犬 ・ 猫 性 別: 雄 ・ 雌
品 種: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)
毛 色: _____

(1) マイクロチップ番号: _____
マイクロチップ埋め込み年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(2) 狂犬病予防注射
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (製品名及び製造会社: _____ Lot/ Batch番号: _____ ワクチン使用期限: _____)
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (製品名及び製造会社: _____ Lot/ Batch番号: _____ ワクチン使用期限: _____)

(3) その他の予防注射
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (製品名及び製造会社: _____ 有効期限: _____)
該当する種類に○を付ける (犬用: *DA2 P Pi L C*) (猫用: *FPL FVR FCI FeLV クラミジア*)
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (製品名及び製造会社: _____ 有効期限: _____)
該当する種類に○を付ける (犬用: *DA2 P Pi L C*) (猫用: *FPL FVR FCI FeLV クラミジア*)

(4) 内部寄生虫駆除薬 投与日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (対象 ☐ 回虫条虫 ☐ エキノコックス ☐ フィラリア)
製品名及び製造会社: _____ 成分: _____ 投与時刻: _____

(5) 外部寄生虫駆除薬 投与日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
製品名及び製造会社: _____ 成分: _____

※(4)・(5)について、必ず獣医師が投与すること。

以上の通り、相違ありません。

証明書発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

動物病院名

住所

電話番号

発行獣医師名

(押印または直筆署名):

フリクションペン無効