

健康診断証明書

名称: 動物種: 犬・猫 性別:
品種: 生年月日: 年 月 日
毛色: (歳 ヶ月)

マイクロチップ番号:
マイクロチップ装着年月日: 年 月 日

飼主氏名:

飼主住所:

狂犬病予防接種年月日:
 右記のとおり 年 月 日 (製品名及び製造会社)
 別添済証のとおり 年 月 日 (製品名及び製造会社)
 実施してない 年 月 日 (製品名及び製造会社)

その他の予防接種年月日:
 右記のとおり (年 月 日 (製品名及び製造会社))
 別添済証のとおり (該当する種類に○を付ける (犬用: D A2 P Pi L C) (猫用: FPL FVR FCI FeLV クラミジア FIP FIV))
 実施してない (年 月 日 (製品名及び製造会社))
(該当する種類に○を付ける (犬用: D A2 P Pi L C) (猫用: FPL FVR FCI FeLV クラミジア FIP FIV))
(年 月 日 (製品名及び製造会社))
(該当する種類に○を付ける (犬用: D A2 P Pi L C) (猫用: FPL FVR FCI FeLV クラミジア FIP FIV))

その他相手国の輸入条件により必要な処置
(処置年月日及び処置内容を記入又は別途証明書を添付すること):

上記の犬・猫 (該当する方に○を付ける) の健康状態は現在良好で、特記すべき異常はありません。

年 月 日

動物病院名、住所、Tel 番号

ふく動物病院

〒186-0002

東京都国立市東2-28-1

042-575-7669

発行獣医師名:(サインまたは印)

記載注意:できるだけ出発10日以内に発行してください。