

第1号様式（第3条第4号関係）

身体障がい者補助犬に対する狂犬病予防注射報告書

令和 年 月 日

公益社団法人福島県獣医師会長 様

担当獣医師 住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

私はこのたび、公益社団法人福島県獣医師会身体障がい者補助犬愛護支援事業実施要領第3条第2号に規定する補助犬に、狂犬病予防注射を実施したので、同要領第3条第4号に基づき下記のとおり報告します。

記

補助犬の名前	補助犬の生年月日 犬 種 ・ 特 徴
使用者住所	
使用者氏名	

負担金振込口座（正確に記入してください）

金融機関名： _____ 支店名 _____

口座番号： _____

名 義 人： _____

