

第2号様式（第3条第5号関係）

ノミ・マダニ駆除剤必要量報告書

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

私が担当する補助犬に提供するノミ・マダニ駆除剤について、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5号に基づき、下記のとおり必要量を報告します。

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			
必 要 量	箱		