

## 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

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。