

大村市長 様

鑑札及び注射済票は、ここに貼り付けてください。

届出者 住所 _____
 (犬の所有者) (法人の場合は、その主たる事務所の所在地)
 フリガナ
 氏名 _____
 (法人の場合は、その名称及び代表者の氏名)
 電話番号 _____

犬の死亡等届出書

私が所有する下記の犬について、狂犬病予防法第4条第4項の規定により下記のとおり届け出ます。

1 犬の登録年度及び登録番号等

登録年度	年度	登録番号	
名前		性別	オス ・ メス
生年月日	年 月 日	種類	
マイクロチップ 番号(15桁)	有 ・ 無		

2 届出事項及び届出事項発生年月日（該当する数字を「○」で囲んでください。）

届出事項	届出事項発生年月日
1 犬の死亡	年 月 日
2 犬の所有権放棄 理由	年 月 日

3 鑑札及び注射済票の添付

鑑札	有 ・ 無（理由 _____）
注射済票	有 ・ 無（理由 _____）