

# 万が一に備えて、ペットの情報や預け先など 決めて書いてみましょう



記入日 年 月 日

## ◆ペットの情報

飼い主の名前（サイン）

|               |   |                        |   |
|---------------|---|------------------------|---|
| 名前            |   | マイクロチップ番号<br>(または鑑札番号) |   |
| 種類            | <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 血統書                    | <input type="checkbox"/> 有 保管場所 ( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
| 生年月日          | 年 月 日   | 色                      |   |
| 性別            | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス                                   | 避妊・去勢手術                | <input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 未手術         |
| かかりつけ<br>動物病院 | 病院名：<br>所在地：  | 電話番号：                  |   |
| 伝えておきたいこと     |   |                        |   |

|               |   |                        |   |
|---------------|---|------------------------|---|
| 名前            |   | マイクロチップ番号<br>(または鑑札番号) |   |
| 種類            | <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 血統書                    | <input type="checkbox"/> 有 保管場所 ( )<br><input type="checkbox"/> 無 |
| 生年月日          | 年 月 日   | 色                      |   |
| 性別            | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス                                   | 避妊・去勢手術                | <input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 未手術         |
| かかりつけ<br>動物病院 | 病院名：<br>所在地：  | 電話番号：                  |   |
| 伝えておきたいこと     |   |                        |   |

## ◆お世話ができなくなった時にお願いする方

※事前に了解を取っていますので、もしもの時には下記へご連絡ください。

|                 |                |         |  |
|-----------------|----------------|---------|--|
| (フリガナ)<br>氏名    |                | 飼い主との関係 |  |
| 住所              |                |         |  |
| 電話番号            | 固定電話：<br>携帯電話： |         |  |
| 預け先の承諾<br>(サイン) |                |         |  |