

# 認定書

## 様式第 5 号

認定者氏名 住所 連絡先	
--------------------	--

No.					
写真貼付又は似顔絵					
					
名 前		性別		年齢（推定） 又は飼養歴	
身体的特徴、 毛色	No. の血縁関係等				
性格、人への 慣れ具合					
外傷／疾病歴					
手術歴 （手術名）	過去に手術をしたことが ない・ある（手術名 ）				
投薬歴	現在治療中の病気・薬はありますか？ なし ・ あり （ ）				
ノミ	いる ・ いない ・ 不明		処置	済 ・ 動物病院持込み	
ワクチン 接種歴	済 ・ 未実施 ・ 不明 種類（ 3 種混合※1・5 種混合※2・ ） 回数 年 回				
認定の有効期限	年 月 日まで有効				
ケージの貸出	必要 ・ 必要なし				
備考					

※ 1：「猫伝染性鼻気管炎（ヘルペス）」「猫カリシウイルス感染症」「猫汎白血球減少症（猫パルボウイルス感染症）」

※ 2：3 種混合＋猫クラミジア、猫白血病ウイルス