

平成26年度 秋の馬インフルエンザ予防接種申込書

【 2歳馬・休養馬用 】

住 所 新冠町字

氏 名

電話番号(携帯可)

FAX番号

※は、獣医師の記入欄です。

	馬 名	生 年 月 日	馬3種1回目接種		※ インフル 接種月日
			場 所	月 日	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

- ・ 支払い方法
- 1.窓口現金
 - 2.組勘から
 - 3.普通預金口座

- ・注意
- ① 馬3種混合ワクチンを記入し、日本脳炎は記入しないでください。
 - ② 馬3種混合は、主として5月、6月に実施しています。