

平成26年 度 繁殖牝馬の馬鼻肺炎・馬インフルエンザ予防接種申込書

番号	名 号	分娩予定日	馬鼻肺炎 申込回数	※ 接 種 月 日						馬インフルエンザ 申 込 み	※ 接種月日
				1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目		
1		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
2		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
3		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
4		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
5		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
6		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
7		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
8		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
9		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
10		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
11			1・2・3・4・5・6							する・しない	
12			1・2・3・4・5・6							する・しない	
13		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	
14		・ ・	1・2・3・4・5・6							する・しない	

・ 支払い方法

1. 窓口現金
2. 組 勘
3. 普通預金口座

住 所 新冠町字

・ 注 意

- ① ※印は獣医師が記入します。
- ② 分娩予定日・鼻肺炎回数を各馬名ごとに記入してください。

氏 名

電話番号(携帯可)

FAX番号