

平成 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 】

●産業課 FAX 47-2496

住 所 新冠町字

氏 名

電話番号(自宅)

携帯電話番号

FAX番号

※印は獣医師の記入欄です。

	馬 名	生 年 月 日	今年春の3種混合接種日		※ 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 振込 請求
  2. 組勤
  3. 普通預金口座

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