

飼 い 犬 事 故 届 出 書

年 月 日

神奈川県知事 殿
 （神奈川県小田原保健福祉事務所長）

届出者 郵便番号
 住所

氏名 （法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

年 月 日生

電話

次のとおり私の飼い犬による事故があつたので、神奈川県動物の愛護及び管理に関する条例第17条の規定により届け出ます。

| | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|--------------|------------------------|--|-----------------------------|------|-------|-------|--|
| 飼 い 犬 | 登録番号 | | 種 類 | | 年 齢 | | 性 別 | | |
| | 呼 び 名 | | 毛 色 | | 体 格 | | 特 徴 | | |
| | 個 体 識 別 番 号 | | | | | | | | |
| | 最 終 予 防 注 射 年 月 日 | | 過 去 に お け る 事 故 回 数 | | 事 故 時 に お け る 管 理 状 態 | | | | |
| | 年 月 日 | | | | 係留・放し飼い・移動・運動・訓練・ その他（ ） | | | | |
| | 事 内 容 | 発生日時 | | | | 発生場所 | | | |
| | | 事故の原因及び事故の状況 | | | | | | | |
| 被 害 者 | 住 所 | | 氏 名 | | 年 齢 | 性 別 | 被害の部位 | 被害の程度 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |
| ※ 検 診 | 検 診 期 間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | 獣医師氏名 | | | | |

備考 ※印の欄は、記入しないでください。