別記様式１

年　　月　　日

小田原保健福祉事務所長　殿

届出人住所

氏名

（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　）

犬によるこう傷届

次のとおり犬にかまれましたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被こう傷者  住所・氏名 | 住所  氏名　　　　　　　　　　性別（男・女）年齢　　職業 | |
| こう傷日時 | 年　　　月　　　日 | 午前　　　時　　　分頃 |
| 午後　　　時　　　分頃 |
| こう傷を受けた場所 |  | |
| 被こう傷部位 |  | |
| 治療を受けた  年月日及び医師 | 年　　　　月　　　日 | |
| こう傷犬所有者  住所・氏名 |  | |
| こう傷犬 | 種類　　　　毛色　　　　性別　　　体格　　　特徴 | |
| 係留の有無 | 有　　　　　　　無 | |
| 備考 | | |

|  |
| --- |
| ※措置 |

※欄には記入しないでください｡