

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。