

学校飼育動物愛護支援事業業務報告書

平成 年 月 日

公益社団法人福島県獣医師会長 様

	住 所
担当獣医師	氏 名 ㊞
	電話番号

私は、学校飼育動物愛護支援事業に従事したので、学校飼育動物愛護支援事業実施要領第3条の7)の規定により、下記のとおり報告します。

記

学校等の名称							
動物の種類		ウサギ・ニワトリ・小鳥・ハムスター・モルモット・フェレット (該当するものを○で囲む) その他 ()					
病 名 (合併症名)		初診月日	年	月	日	診療回数	回
		終診月日	年	月	日		
診 療 経 過	月 日					診療 料金	円
	往診・来診						
	月 日					診療 料金	円
	往診・来診						
	月 日					診療 料金	円
	往診・来診						
	月 日					診療 料金	円
	往診・来診						
転帰の区分		治癒 ・ 中止 ・ 死亡				合計 金額	円
中止の理由							
助成金振込口座 (正確に記入してください。)					交 付 決 定 額	円	
金融機関名 :							
口座番号 :							
口座名義人 :							

上記の診療内容について確認しました。

平成 年 月 日

学校等施設の名称
動物飼育責任者名

㊞