

# 身体障がい者補助犬愛護支援事業実施報告書

令和 年 月 日

公益社団法人福島県獣医師会長 様

担当獣医師 住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私はこの度、狂犬病予防注射事業に従事し、身体障がい者補助犬愛護支援事業実施要領第3条の2)による補助犬に狂犬病予防注射を実施したので、同要領第3条の4)及び5)により下記のとおり報告します。

## 記

補助犬の名前		補助犬の生年月日 犬 種 ・ 特 徴	
使用者住所			
使用者氏名			

負担金振込口座（正確に記入してください）

金融機関名： \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_

口座番号： \_\_\_\_\_

名 義 人： \_\_\_\_\_