

แบบคำขอขึ้นทะเบียนสุนัข - แมว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ประวัติเจ้าของ

นาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

เลขหมายประจำตัวประชาชน

(ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๒. ข้อมูลด้านสัตว์เลี้ยง

จำนวนสัตว์ที่ขอขึ้นทะเบียนสุนัข - แมว ดังนี้ (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน)

สุนัข เพศผู้ จำนวน.....ตัว เพศเมีย จำนวน.....ตัว

แมว เพศผู้ จำนวน.....ตัว เพศเมีย จำนวน.....ตัว

(ที่อยู่ที่เกี่ยวข้องกับปัจจุบัน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

๓. ข้อมูลการขึ้นทะเบียน (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๑ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....

เพศ ผู้ เมีย สี่.....ลักษณะ/ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....

ชื่อผู้ฉีด.....สัตว์แพทย์ ตำแหน่ง/เลขที่ใบอนุญาต.....

อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน

() ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน () ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๒ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....

เพศ ผู้ เมีย สี่.....ลักษณะ/ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

() ฉีดมาแล้ว () ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....

ชื่อผู้ฉีด.....สัตว์แพทย์ ตำแหน่ง/เลขที่ใบอนุญาต.....

อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน

() ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน () ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๓ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
เพศ ผู้ เมีย สี่.....ลักษณะ/ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)
() ฉีดมาแล้ว () ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน
วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....
ชื่อผู้ฉีด.....สัตวแพทย์ ตำแหน่ง/เลขที่ใบอนุญาต.....
อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....
.....

การผ่าตัดทำหมัน

() ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน () ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๔ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
เพศ ผู้ เมีย สี่.....ลักษณะ/ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)
() ฉีดมาแล้ว () ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน
วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....
ชื่อผู้ฉีด.....สัตวแพทย์ ตำแหน่ง/เลขที่ใบอนุญาต.....
อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....
.....

การผ่าตัดทำหมัน

() ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน () ผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....เจ้าของสัตว์

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ขึ้นทะเบียน

(.....)