

申 込 書

公益社団法人 日本獣医師会
会 長 藏 内 勇 夫 様

日本獣医師会の「個体識別（所有明示）推進の支援措置要領」に則り、下記のとおり、マイクロチップの支援を希望します。

希望する本数：_____ 本

希望するメーカー（商品名）：_____

マイクロチップ送付先
飼育動物診療施設の名称 _____

飼育動物施設の所在地 _____

飼育動物施設の電話番号 _____

事業又は活動の名称 _____

事業又は活動の概要 _____

- ※ 1団体 100本を限度とします。
- ※ ご希望に添えないこともございますのでご了承ください。

令和 年 月 日

団体名
代表者
所在地
電話番号