

犬の鑑札再交付申請書

年 月 日

(宛先)川崎市保健所長

住 所

氏 名

印

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

電話番号

犬の鑑札の再交付を受けたいので、狂犬病予防法施行規則第6条第1項の規定により申請
します。

犬の所在地	川崎市 区				
犬の名前		犬の種類			
犬の生年月日	年 月 日	犬の毛色		犬の性別	雄 ・ 雌
登録年月日	年 月 日	登録番号	第	号	
注射年月日	年 月 日	済票番号	第	号	
再交付の事由	亡失 毀損				

注1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

2 毀損の場合は、鑑札を添付してください。