

受検資格

- ①3月31日、及び9月30日時点で1歳以上の犬であること
- ②狂犬病ワクチン及び混合ワクチン(各1年以内)・フィラリア予防が行われていること
- ③今までに人・犬を噛んだことがないこと
- ④犬は清潔で手入れが行き届いていること(室内飼いであること)
- ⑤本会の会員であること(受検時の同時入会は可)
 - ◎検査当日に首輪とリードを装着すること(チョークチェーン・胴輪・首が完全に締まるものは禁止)
 - ただし5kg以下の小型犬は受検・活動共に胴輪の着用は可
 - ◎検査時及び受検施設での食事・おやつの禁止 伸縮リードは禁止 洋服・おむつ等の着用も禁止

セラピー犬適性検査申込書

年 月 日受付

ふりがな 氏 名		生年月日	西 暦 年 月 日
住 所	〒		
電話番号		ファックス	
PC e-mail			
本人携帯番号		緊急時連絡先	

※受検希望時間帯があれば記載してください。できるだけ考慮いたします。

◎検体検査だけの継続受検犬で年間活動回数が6回未満の場合は新規扱いとなり有料で全検査となります

受検の種類	新規	継続 (全検査)	継続 (検体のみ)
ふりがな 犬の名前	才	犬 の 性	雄 雌
犬 種		避妊・去勢	未 済
生年月日	西 暦 年 月 日	訓練した資格 または訓練の内容	
狂犬病ワクチン接種年月日	年 月 日		
混合ワクチン接種年月日	年 月 日		
ワクチン種類及接種病院名	5種 7種 8種 他 種	動物病院	
フィラリア予防	している していない	セラピー犬登録番号	

- ※ 選別する箇所の上に○をつけてください。
- ※ 複数犬の受検の場合はお手数ですがコピーをして頭数分ご記入ください。
- ※ 受検の2. 3日前に受検予定時間をお知らせします。当日は印鑑を持参してください。
- ※ 会場は土足厳禁ですので 上履きと靴を入れる袋 を忘れずに持参のこと。
- ※ 送り先ファックス 011-663-9274 電話 011-663-1501 高瀬