

飼 い 犬 事 故 届 出 書

年 月 日

神奈川県知事 殿
 （神奈川県小田原保健福祉事務所長）

届出者 郵便番号
 住所

氏名 （法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

年 月 日生

電話

次のとおり私の飼い犬による事故があつたので、神奈川県動物の愛護及び管理に関する条例第17条の規定により届け出ます。

飼 い 犬	登録番号	種類	年齢	性別		
	呼び名	毛色	体格	特徴		
	個体識別番号					
	最終予防注射 年 月 日	過去における 事故回数	事故時における管理状態			
	年 月 日		係留・放し飼い・移動・運動・訓練・ その他（ ）			
	発生日時		発生場所			
	事故内容	事故の原因及び事故の状況				
被 害 者	住 所	氏 名	年 齢	性 別	被害の部位	被害の程度
備 考						
※ 検 診	検 診 期 間	年 月 日～ 年 月 日	獣医師氏名			

備考 ※印の欄は、記入しないでください。