

แบบคำขอขึ้นทะเบียนสุนัข-แมว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ประวัติเจ้าของ

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

เลขหมายประจำตัวประชาชน - - - -

(ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๒. ข้อมูลด้านสัตว์เลี้ยง

จำนวนสัตว์ที่ขอขึ้นทะเบียนสุนัข-แมว ดังนี้ (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน)

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

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

(ที่อยู่ที่เลี้ยงสัตว์ปัจจุบัน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....

ซอย/ ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๓. ข้อมูลการขึ้นทะเบียน (สำหรับเจ้าหน้าที่)

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๑ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....เพศ ผู้ เมีย สี..... ลักษณะ / ตาหนี..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....(ปี)การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน) ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

ชื่อผู้ฉีด..... สัตว์แพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต..... อาสาปศุสัตว์ สัตว์แพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมันประวัติสัตว์ตัวที่ ๒ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....เพศ ผู้ เมีย สี..... ลักษณะ / ตาหนี..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....(ปี)การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน) ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

ชื่อผู้ฉีด..... สัตว์แพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต..... อาสาปศุสัตว์ สัตว์แพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๓ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
 เพศ ผู้ เมีย สี.....ลักษณะ / ตำแหน่ง.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

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

อาสาปศุสัตว์ สัตว์แพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน

ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๔ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
 เพศ ผู้ เมีย สี.....ลักษณะ / ตำแหน่ง.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

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

อาสาปศุสัตว์ สัตว์แพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน

ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๕ ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
 เพศ ผู้ เมีย สี.....ลักษณะ / ตำแหน่ง.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

ฉีดมาแล้ว ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

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

อาสาปศุสัตว์ สัตว์แพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

การผ่าตัดทำหมัน

ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....เจ้าของสัตว์
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ขึ้นทะเบียน
 (.....)