

- 別記様式(その1) 平成 年度狂犬病予防集合注射指定獣医師参加申込書
別記様式(その2) 平成 年度狂犬病予防集合注射不参加理由書
別記様式(その3) 平成 年度狂犬病予防注射指名獣医師申込書(個別注射申込書)
- 第1号様式 狂犬病予防注射済票引渡し事務に係る指名獣医師報告書
第2号様式 狂犬病予防注射済票配布通知書
第3号様式 犬の鑑札の請求書
第3-2号様式 狂犬病予防注射済票の請求書
第4号様式 狂犬病予防注射済票払出し簿
第5号様式 犬の鑑札出納簿
第5-2号様式 狂犬病予防注射済票出納簿
第6号様式 犬の鑑札亡失(損傷)報告書
第6-2号様式 狂犬病予防注射済票亡失(損傷)報告書
第7号様式 犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票の返納報告書
第8号様式 犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票引渡し事務実施状況集計報告書
第9号様式 犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票引渡し事務実施状況
第10号様式 犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票引渡し事務委託業務の完了報告書
第11様式 狂犬病予防集合注射手数料等整理表
第12様式 狂犬病予防集合注射実施状況報告書
第13様式 狂犬病予防定期注射料金収納違算事故報告書
第14様式 狂犬病予防集合注射ワクチン過不足報告書
第15様式 狂犬病予防注射事故報告書

参考 狂犬病予防注射実施猶予証明書を発行する場合の様式

別記様式(その1)

平成 年度狂犬病予防集合注射指定獣医師参加申込書

平成 年 月 日

公益社団法人 京都府獣医師会会長理事 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

今般、社団法人京都府獣医師会「狂犬病予防注射実施規程」第4条並びに、狂犬病予防注射指定獣医師選考要領第2条により、平成26年度狂犬病予防集合注射指定獣医師として、注射事業に参加したいので申請します。

なお、指定参加の上は、「指定獣医師服務要領」に従います。

診療所所在地 〒 _____

診療所名 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

FAX番号 _____

(注) 緊急時の連絡用として携帯番号を必ず記入ください。

別記様式(その2)

平成 年度狂犬病予防集合注射不参加理由書

平成25年12月 日

公益社団法人 京都府獣医師会会長理事 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

平成25年12月6日付で通知のあった平成25年度狂犬病予防集合注射には、次の理由により参加できないのでお届けします。

別記様式(その3)

年度狂犬病予防注射指名獣医師申込書(個別注射申込書)

公益社団法人 京都府獣医師会会長理事 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

| | |
|-------------|--|
| 診療施設所在地 | |
| 診 療 施 設 名 | |
| 開 設 者 氏 名 | |
| 院 長 名 | |
| 管 理 獣 医 師 | |
| 勤務獣医師氏名 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 電 話 番 号 | |
| F A X 番 号 | |
| メールアドレス (※) | |

(※) 本書は、勤務獣医師がおられない場合も提出をお願いします。

別記第1号様式

平成 年 月 日

市
町 長 様
村

公益社団法人 京都府獣医師会

会長理事 _____ ㊟

狂犬病予防注射済票引渡し事務に係る指名獣医師について

次のとおり指名しましたので通知します。

| 診療施設名 | 住 所 | 指名獣医師名 | 指名年月日 | 異動年月日 | |
|-------|-----|--------|-------|-------|----|
| | | | | 取消し | 変更 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

別記第2号様式

狂犬病予防注射済票配布通知書

平成 年 月 日

公益社団法人京都府獣医師会 会長理事 様

_____市（町・村） 長

平成 年度に委託している狂犬病予防注射済票交付事務について、次のとおり狂犬病予防注射済票を配付しましたので、通知します。

| 指名獣医師氏名 | 配布枚数 | 配 布 番 号 | 備 考 |
|---------|------|---------|-----|
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |

別記第4号様式

狂犬病予防注射済票払出し簿

_____○ 市・町・

村

| 受領 払出 年月日 | 受領 払出 枚数 | 番 号 | 受領払出先 内訳 | 在庫枚数 |
|--------------|-------------|--------|-------------|------|
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |
| ・ | ・ | ～ | | |

(複写：獣医師会分・指名獣医師分)

別記第5号様式

年度犬の鑑札出納簿（ 月分）

公益社団法人京都府獣医師会

指名獣医師 _____ ㊞

市町村

| 年月日 | 受 領 | | 払 出 | | 払出累計 | 在庫枚数 |
|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | 枚数 | 番 号 | 枚数 | 番 号 | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| 計 | | | | | | |

(複写：獣医師会分・指名獣医師分)

別記第5－2号様式

年度狂犬病予防注射済票出納簿（ 月分）

公益社団法人京都府獣医師会

指名獣医師 _____ ㊞

市町村

| 年月日 | 受 領 | | 払 出 | | 払出累計 | 在庫枚数 |
|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | 枚数 | 番 号 | 枚数 | 番 号 | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| . . | | ～ | | ～ | | |
| 計 | | ～ | | ～ | | |

別記第6号様式

年 月 日

市町村 長様

公益社団法人京都府獣医師会

指名獣医師 _____ 印

犬の鑑札亡失（損傷）について

次のとおり、亡失（損傷）しましたので報告します。

| | |
|-------------|----------|
| 損傷 亡失 年 月 日 | 平成 年 月 日 |
| 損傷 亡失 枚 数 | 枚 |
| 損傷 亡失 番 号 | ～ |
| 損傷 亡失 理 由 | |
| 備 考 | |

(注) 損傷のときはその鑑札を添えること。

市
町 長 様
村

公益社団法人京都府獣医師会

指名獣医師 _____ 印

狂犬病予防注射済票亡失（損傷）について

次のとおり、亡失（損傷）しましたので報告します。

| | |
|-------------------|----------|
| 損 傷 亡 失 年 月 日 | 平成 年 月 日 |
| 損 傷 亡 失 枚 数 | 枚 |
| 損 傷 亡 失 番 号 | ～ |
| 損 傷 亡 失 理 由 | |
| 備 考 | |

(注) 損傷のときはその済票を添えること。

別記第7号様式

年 月 日

市
町
村
長 様

公益社団法人京都府獣医師会

指名獣医師 _____ ㊟

犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票の返納について

使用しなかった犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票及びを次のとおり返納します。

| 区 分 | 既受領枚数 | 使用枚数 | 返 納 内 容 | | 備 考 |
|------------------|-------|------|---------|------|-----|
| | | | 返納枚数 | 返納番号 | |
| 犬の鑑札 | | | | | |
| 狂犬病予防 注 射 済 票 | | | | | |

(複写：獣医師会分・指名獣医師分)

別記第8号様式

平成 年 月 日

公益社団法人京都府獣医師会 会長理事 様

公益社団法人京都府獣医師会
指名獣医師 _____ ㊟

犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票引渡し事務実施状況集計報告書
(年 月分)

| 市町村名 | 鑑 札 (1頭3,000円) | | 注射済票 (1頭550円) | | 合 計 (円) |
|-----------------------|-------------------|-----|------------------|-----|---------|
| | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 小 計 | | | | | |
| 個別注射取扱手数 (400円×頭数) | | | | | |
| 合 計 | | | | | |

振込み金額

↑

| | |
|------|--|
| 連絡事項 | |
|------|--|

(注) 送金のある場合は、必ず他の報告書とともに送付ください。

平成23年3月31日

市町村長 様

公益社団法人 京都府獣医師会

会長理事 ㊟

犬の鑑札及び狂犬病予防注射済票引渡し事務委託業務の完了について

次のとおり完了しましたので報告します。

| | | |
|---------|-----------------------|---|
| 期 間 | 平成22年4月1日から平成23年3月31日 | |
| 受 渡 件 数 | 犬 の 鑑 札 | 件 |
| | 狂犬病予防注射済票 | 件 |

◇ 受 渡 内 訳

| 年 月 別 | | 受 渡 件 数 | |
|-------|------|---------|-----------|
| | | 犬 の 鑑 札 | 狂犬病予防注射済票 |
| 平成 年 | 4 月 | | |
| | 5 月 | | |
| | 6 月 | | |
| | 7 月 | | |
| | 8 月 | | |
| | 9 月 | | |
| | 10 月 | | |
| | 11 月 | | |
| | 12 月 | | |
| 平成 年 | 1 月 | | |
| | 2 月 | | |
| | 3 月 | | |

(その1：複写その1・2：横A4版で使用)

別記第11号様式

狂犬病予防集合注射手数料等整理表

市
町 長 様
村

公益社団法人 京 都 府 獣 医 師 会

指定獣医師氏名 _____

—

料金収納員氏名 _____

—

| | | | |
|-------|----------|--------|--|
| 実施年月日 | 平成 年 月 日 | 実施市町村名 | |
|-------|----------|--------|--|

| 区分 料金名 | 料金 (円) | 実施頭数(頭) | 金 額 (円) | 備 考 |
|-------------|--------|---------|---------|--------------------------|
| 予 防 注 射 料 金 | 2,650 | | | 府獣送金分(別 途振込用紙に よる) |
| 注射済票交付手数料 | 550 | | | 市町村収納分 |
| 登 録 手 数 料 | 3,000 | | | |
| 計 | 6,200 | | | |

(その2)

別記第11号様式

狂犬病予防集合注射手数料等整理表

公益社団法人 京都府獣医師会 様

公益社団法人 京 都 府 獣 医 師 会

指定獣医師氏名 _____

料金収納員氏名 _____

| | | | |
|-------|----------|--------|--|
| 実施年月日 | 平成 年 月 日 | 実施市町村名 | |
|-------|----------|--------|--|

| 区分 料金名 | 料金(円) | 実施頭数(頭) | 金額(円) | 備 考 |
|-------------|-------|---------|-------|--------------------------|
| 予 防 注 射 料 金 | 2,650 | | | 府獣送金分 (別途振込用 紙による) |
| 注射済票交付手数料 | 550 | | | 市町村収納分 |
| 登 録 手 数 料 | 3,000 | | | |
| 計 | 6,200 | | | |

別記第12号様式

平成 年度狂犬病予防集合注射実施状況報告書

| 月日 | 市町村名 | 収納員名 | 注射頭数(頭) | |
|----|------|------|---------|-----|
| | | | 半日分 | 全日分 |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| / | | | | |
| 計 | | | | |

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

指定獣医師 _____ (印)

お振込先をご記入下さい。

| 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 |
|----------------|-----|----|------------|
| | | | |
| (フリガナ) 口座名義 | | (|) _____ |

別記第13号様式

狂犬病予防定期注射料金収納違算事故報告書

平成 年 月 日

公益社団法人京都府獣医師会長理事 様

指定獣医師 _____ ㊞

下記のとおり料金収納に違算があったので報告します。

記

- 1 市 町 村 名
- 2 料金収納期日 平成 年 月 日
- 3 違 算 金 額 _____ 円
- 4 違算金立替者
- 5 違算の生じた理由

別記第14号様式

狂犬病予防集合注射ワクチン過不足報告書

平成 年 月 日

公益社団法人京都府獣医師会長理事 様

指定獣医師 _____ ㊞

| 項 目 | | 数 量 |
|-------------|------------|-----|
| 注 射 予 定 頭 数 | | 頭 |
| 注 射 頭 数 | | 頭 |
| ワクチン | Lot. No | |
| | 受領本数 | 本 |
| | 消費本数 | 本 |
| | 残余本数 | 本 |
| | 買 取 本 数 | 本 |
| | 返 品 本 数 | 本 |
| 不足本数 | 再配布 本数 | 本 |

別記第15号様式

狂犬病予防注射事故犬報告書

平成 年 月 日

公益社団法人京都府獣医師会長理事 様

指定獣医師

報告者 ㊟

| | | | |
|---------------|--------------------|------------|------------------------------|
| 通 報 | 平成 年 月 日 | 時 頃 | 経 路 |
| 飼 主 | 住所 | 氏 名 | TEL |
| 患 犬 | 種類 | 年令 (才) | 毛色 性別 (♂♀) 名称 体重 (kg) |
| 注 射 | 平成 年 月 日 会 場 実 施 者 | | |
| | ワクチンメーカー： | | ロット番号： |
| 稟 告 (申立) | | | |
| 診 断 (調査結果) | | | |
| 処 理 | 症状及び経過 | 処 置 | 認印 |
| 月 日 | | | 獣医師 |
| 往 診 宅 診 | | 治療費 円 | |
| 月 日 | | | 獣医師 |
| 往 診 宅 診 | | 治療費 円 | |
| 月 日 | | | 獣医師 |
| 往 診 宅 診 | | 治療費 円 | |
| 転 帰 | 治癒・軽快・継続治療・中止・不明・死 | | |
| | 治療費計 | | 円 |

参考 狂犬病予防注射実施猶予証明書を発行する場合の様式

(複写:所有者保管分・市町村保管分・獣医師保管分)

狂犬病予防注射実施猶予証明書

| | | | | | |
|---|---|----------|-------|-----|--|
| 所有者及び管理者 住所氏名 | | | | | |
| 登録番号 | | 毛色 | | 体格 | |
| 種類 | | 性別 | ♂ ♀ | 犬の名 | |
| この犬は、下記の理由により狂犬病予防注射の実施を猶予する必要があることを認めます。 | | | | | |
| 理由病名等 | | | | | |
| 認定年月日 | | 猶予を要する期間 | 年月日まで | | |
| (公社)京都府獣医師 指定獣医師 | 印 | | | | |