

飼 い 犬 事 故 届

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

住 所 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

(法人にあつては、名称、主たる  
 事務所の所在地及び代表者の氏名)

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり飼い犬による事故が発生しました。

こ う 傷 犬	種 類		年 齢		性 別	
	毛 色		名 前		そ の 他 特 徴	
	登 録 等	登録鑑札：有( 市町村 第 号) ・ 無 注射済票：有( 市町村 年度 第 号) ・ 無				
こ う 傷 時 の 状 況	日 時	年 月 日 午前 時 分頃 午後				
	場 所					
	犬 状 態	おり内・けい留・散歩中 その他( )	過去におけるこ う傷事故の有無	有( 年 月) 無		
	状 況					
被 害 者	住 所	(電話番号 )				
	ふりがな 氏 名	(世帯主の氏名 )	年齢		性別	
	職 業					
被 害 の 部 位						
被 害 の 程 度						

注 狂犬病の疑いの有無についての獣医師の診断書等を検診終了後、速やかに提出してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。