

横浜市マイクロチップ装着推進事業登録動物病院登録申請書

年 月 日

横浜市動物愛護センター長

住所 〒

氏名

横浜市マイクロチップ装着推進事業登録動物病院として登録を受けたいので、横浜市マイクロチップ装着補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

☐ 横浜市マイクロチップ装着補助金交付要綱第 8 条の各号の規定を遵守することに同意します。

施 設 名		
所 在 地	〒	
施設管理獣医師氏名		
施設管理獣医師の 獣医師免許情報	登録年月日	年 月 日
	登録番号	
電 話 番 号		
F A X 番 号		
メ ー ル ア ド レ ス		