

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 / ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)
☐ ฉีดมาแล้ว ☐ ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน
วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....
ชื่อผู้ฉีด..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....
.....

การผ่าตัดทำหมัน

☐ ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ☐ ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๒ ชนิดสัตว์ ☐ สุนัข ☐ แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....
เพศ ☐ ผู้ ☐ เมีย สี.....ลักษณะ / ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)
☐ ฉีดมาแล้ว ☐ ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน
วันที่ฉีด.....ชื่อวัคซีน.....ชุดที่ผลิต.....วันหมดอายุ.....
ชื่อผู้ฉีด..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
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..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
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..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
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..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....
ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....
.....

การผ่าตัดทำหมัน

☐ ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ☐ ผ่าตัดทำหมัน

ลงชื่อ.....เจ้าของสัตว์
(.....)

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