แบบคำขอขึ้นทะเบียนสุนัข-แมว
องค์การบริหารส่วนตำบลบางโพธิ์ อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

๑. ประวัติเจ้าของ

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

เลขหมายประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

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

จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....รหัสไปรษณีย์.....๘๔๐๐๐.....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)

<u>การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า</u> (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

☐ ฉีดมาแล้ว ☐ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

ชื่อผู้ฉีด..... ☐สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....

☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

.....

<u>การผ่าตัดทำหมัน</u>

☐ ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ☐ ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๒ ชนิดสัตว์ ☐สุนัข ☐แมว ชื่อสัตว์..... สายพันธุ์.....

เพศ ☐ผู้ ☐เมีย สี.....ลักษณะ / ตำหนิ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....(ปี)

<u>การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า</u> (ต้องไม่เกิน ๑ ปี ณ วันขึ้นทะเบียน)

☐ ฉีดมาแล้ว ☐ฉีดวันที่ขึ้นทะเบียน

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

ชื่อผู้ฉีด..... ☐ สัตวแพทย์ ตำแหน่ง / เลขที่ใบอนุญาต.....

☐ อาสาปศุสัตว์ สัตวแพทย์ผู้รับผิดชอบชื่อ.....

ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่.....

.....

<u>การผ่าตัดทำหมัน</u>

☐ ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ☐ผ่าตัดทำหมัน

ประวัติสัตว์ตัวที่ ๓ 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 ๔ 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 ๕ 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

ลงชื่อ.....เจ้าของสัตว์
(.....)

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