

# これは見本です



## 獣医師による予防接種実施証明

下記犬は「IRO 予防接種規定」に準じ、氏名、署名、捺印により現行有効な全予防接種を受けている事を証明致します。

### 犬の情報

|                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 犬名 (Name)              | 「血統書名」※ミックス犬は「呼び名」を記入      |
| 生年月日 (Wurfdatum)       | 「日」.「月」.「年」順に記入            |
| マイクロチップ番号 (Chipnummer) |                            |
| 犬種 (Rasse)             | 「犬種名」又はミックス犬の場合は「ミックス」と記入  |
| 性別 (Geschlecht)        | Rüde (牡) 又は Hündin (牝) と記入 |

### IRO 予防接種規定

適切な基本抗体形成が必須です

| 最終実施予防接種*は下記期間を経過していない | 予防接種実施日         | 有効年月日           |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| パルボ (3年)               | 「日」.「月」.「年」順に記入 | 「日」.「月」.「年」順に記入 |
| レプトスピラ (1年)            | 「日」.「月」.「年」順に記入 | 「日」.「月」.「年」順に記入 |
| 狂犬病 (3年)               | 「日」.「月」.「年」順に記入 | 「日」.「月」.「年」順に記入 |
| ジステンパー (3年)            | 「日」.「月」.「年」順に記入 | 「日」.「月」.「年」順に記入 |
| 肝炎 (3年)                | 「日」.「月」.「年」順に記入 | 「日」.「月」.「年」順に記入 |

※ 使用予防接種薬のブースター接種実施に当たり、ブースター実施間隔規則は遵守される必要がある。

### 予防接種証明獣医師

|           |  |
|-----------|--|
| 氏名 (Name) |  |
|-----------|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

日付及び場所 (Datum und Ort)

|  |
|--|
|  |
|--|

印及び署名 (Siegel und Unterschrift)

# これは見本です