

様式第5号（第12条関係）

こ う 傷 事 故 発 生 届

年 月 日

（あて先）前橋市保健所長

届出者

住 所

氏 名

電話番号

（法人にあつては、主たる事業所
の所在地、名称及び代表者の氏名）

前橋市動物の愛護及び管理に関する条例第15条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

飼 い 犬	品 種	年 齢	性 別	毛 色	名 称	過去の事故歴
最終予防注射年月日		年 月 日 注射済票番号 第 号				
被 害 者 の 状 況	住 所					
	氏 名					
	職 業		性 別		年 齢	
こ う 傷 の 状 況	発生日及び時間	年 月 日 時 頃				
	場 所					
	部 位 及 び 程 度					
	発 生 の 概 要					