

**テイルズ・オブ・アローハ・ヨコハマ**  
**Tails of Aloha Yokohama**  
**入会申込書**

年　月　日

飼い主氏名		生年月日	年　月　日	男　女
住所	〒			
電話番号			FAX	
e-mail			携帯	
勤務先		緊急時電話番号		

犬／猫の名前		犬種／猫種	
生年月日	年　月　日	性別	雄　雌
飼育場所	室内に限る	避妊・去勢	未　済
狂犬病ワクチン	登録 No	接種　年　月　日 (最終)	
	注射 No		
混合ワクチン	8種　9種　他　種	接種　年　月　日 (最終)	
接種病院名			電話番号
犬糸状虫	ミクロフィラリア検査【 +　・-　】　年　月　日		
	予防【有・無】　方法( )		
外部寄生虫 (ノミなど)	予防【有・無】　方法( )		
内部寄生虫 (回虫など)	予防【有・無】　方法( )		
過去の病歴			
現在の症状等			
その他特記事項			

