**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...................................

-2-

 ที่หน่วยงานหรือสถานพยาบาลสัตว์ชื่อ/ที่อยู่....................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

 การผ่าตัดทำหมัน

 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......................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

-3-

 การผ่าตัดทำหมัน

 ไม่ได้ผ่าตัดทำหมัน ผ่าตัดทำหมัน

 ลงชื่อ...............................................เจ้าของสัตว์

 (..................................................)

 ลงชื่อ..............................................เจ้าหน้าที่ขึ้นทะเบียน

 (..................................................)