

預かりに関する同意書

年 月 日

松原ペットクリニック様

このたび貴院に預かりをご依頼するに際し、

下記の指示・注意事項を守ることをお約束いたします。

1) 本日内金として金 _____ 円支払い、残金は引き取りの際にお支払い致します。

2) 動物の預かり・お迎え時間、管理方法などの事項は貴院の指示を遵守します。

《預かり・お迎え時間》

診療日 午前 9～12 時・午後 4～7 時（診療時間）

休日 午前 9 時～午後 6 時の間で時間を指定させていただきます。

別途時間外料金がかかります。

2) 当該動物が 1 年以内に必要なワクチン接種を受けていない場合は、貴院において適宜接種される様依頼いたします。

3) 当該動物が 1 ヶ月以内に必要なノミ・マダニ予防をしていない場合は、貴院において適宜予防される様依頼いたします。

4) 預かり中の体調の変化による処置については貴院にお任せいたします。
その費用は別途支払い負担いたします。

5) 特殊な嗜好・習癖（拾い食い等）は事前に詳しく報告いたします。

6) 預かり期間に変更のある場合は事前にご連絡いたします。

7) お迎え予定日が過ぎても私から連絡が無く私に連絡が取れない場合、又は正当な理由なくお迎えに応じない場合は 2 週間を経過した時点で動物の処遇について貴院に一任いたします。

*代理人のお迎えの場合は、事前に飼主様ご本人からの連絡のあった場合に限りです。

8) お預り中の急病・持病による死亡、特異体質による不慮の事故、天災などの不可抗力による逃亡・死亡について、損害賠償・補償など一切の請求はいたしません。

預かり期間 _____ 年 月 日 _____ am ~ _____ 年 月 日 _____ pm

動物：ペット名 _____ 種類 _____

性別 _____ オス・メス _____ 年齢 _____ 歳

飼主様：住所 _____

氏名 _____

電話 _____

緊急連絡先 _____

E-mail アドレス _____ @ _____