

ノミダニの予防、 **1年以内のワクチン接種** は必須です

こちらの紙は 必ずご記入ください。

ノミダニ予防

予防している

メーカー名(薬の名前)：

最終投薬日： 月 日/ 旬頃

していない

ワクチン接種

1年以内に済み〔 当院 ・ 他院の証明書 〕

していない〔アレルギーのため抗体価検査・不明〕
