

BILINGUAL VACCINE CERTIFICATE 二か国語予防接種証明書

Name of owner 飼い主名			Address 住所							
Phone number 電話番号			E-mail メールアドレス							
Name of Pet ペット名			Species 種類			Breed 品種				
Sex 性別		Age 年齢		Microchip number マイクロチップ番号						
<input type="checkbox"/> Canine Distemper- <input type="checkbox"/> Adenovirus Type 2- <input type="checkbox"/> Parvovirus Vaccine (Modified Live Virus) <input type="checkbox"/> Parainfluenza- <input type="checkbox"/> Leptospira Bacterin, <input type="checkbox"/> Canine Coronavirus Vaccine (Killed Virus) 犬混合ワクチン										
Manufacturer 製造会社		Lot number ロット番号	expiration date 使用期限 y/m/d		Date of vaccination 接種日			Next vaccine due date 次回予定日		
					year 年	month 月	day 日	year 年	month 月	day 日
<input type="checkbox"/> Canine Parainfluenza Bordetella Bronchiseptica Vaccine (Modified live virus) 犬ケネルコフワクチン(経鼻)										
Manufacturer 製造会社		Lot number ロット番号	expiration date 使用期限 y/m/d		Date of vaccination 接種日			Next vaccine due date 次回予定日		
					year 年	month 月	day 日	year 年	month 月	day 日
<input type="checkbox"/> Bordetella Bronchiseptica Bacterin 犬ボルデテラワクチン (注射)										
Manufacturer 製造会社		Lot number ロット番号	expiration date 使用期限 y/m/d		Date of vaccination 接種日			Next vaccine due date 次回予定日		
					year 年	month 月	day 日	year 年	month 月	day 日
<input type="checkbox"/> Feline Rhinotracheitis-Calici-Panleukopenia-Chlamydia Psittaci Vaccine (Modified Live Virus) 猫混合ワクチン										
Manufacturer 製造会社		Lot number ロット番号	expiration date 使用期限 y/m/d		Date of vaccination 接種日			Next vaccine due date 次回予定日		
					year 年	month 月	day 日	year 年	month 月	day 日
<input type="checkbox"/> Feline Leukemia Vaccine (Killed Virus) 猫白血病ワクチン										
Manufacturer 製造会社		Lot number ロット番号	expiration date 使用期限 y/m/d		Date of vaccination 接種日			Next vaccine due date 次回予定日		
					year 年	month 月	day 日	year 年	month 月	day 日
*This is to certify that the animal was vaccinated as described above. 上記の通りワクチンを実施いたしました。										
Name of the clinic 病院名										
Address of the clinic 病院住所										
Phone number 電話番号										
Name of the veterinarian 獣医師名										
License number of the veterinarian 獣医師免許証番号										
Signature 署名と印鑑						Date 日付				

Zama VTF Offpost Vet Clinic Guide

RABIES VACCINATION CERTIFICATE

狂犬病予防接種証明書・二か国語

<u>OWNER</u> 飼い主	1. Name 名前	2. Telephone number 電話番号
3. Address住所		

<u>ANIMAL</u> 動物	4. Name 名前		
5. Microchip number マイクロチップ番号	6. Species 種類	7. Breed 品種	
8. Sex 性別	9. Color(s) 体色	10. Age 年齢	11. Weight 体重

<u>VACCINE</u> ワクチン情報	12. Producer 製造会社	13. Lot number 製造番号
14. Expiration date 使用期限	15. Virus Type ワクチンタイプ	16. Administration site 接種部位

<u>VACCINATION</u> ワクチン接種	
17. Rabies Tag number 狂犬病鑑札番号	18. Date vaccinated (dd/mm/yy) 接種日 (日/月/年)
19. Vaccination Duration ワクチン有効期限	20. Date Vaccination Due (dd/mm/yy) 次回接種予定日(日/月/年)

<u>VETERINARIAN</u> 獣医師情報	22. Name 名前	
23. License number 獣医師免許番号	26. Signature or seal 署名または印	
24. Facility/Clinic name 動物病院名		
25. Facility/Clinic Address 動物病院住所		

* 輸出入検疫の際に重要な書類となります。すべての項目にアルファベットで記入してください。

6. Dog, Cat その他の種を記入してください。

8. Male, Neuterd, Female, Spayed

15. Live, Killed, Recombinant 等

16. SC(皮下), IM(筋肉内)

17. 狂犬病鑑札番号があれば記入してください。なければN/Aと記入してください。

19. 日本の狂犬病ワクチンの有効期限は通常1年間、海外では3年間のものもある。

26. 署名は青色のインクで行ってください。