

年 月 日

マイクロチップ識別番号証明書

下記の国際希少野生動植物種の個体について、埋め込まれているマイクロチップの個体識別番号を証明します。

獣医師 氏 名
住 所 〒

電話番号
獣医師免許登録番号
(_____)

記

1 個体の登録申請者

(1) 氏名

(2) 住所 〒

2 国際希少野生動植物種の個体及び個体識別措置の情報

(1) 種名

(2) 性別： オス ・ メス ・ 不明

(3) 個体識別措置の実施部位（マイクロチップの埋め込まれている部位）

(_____)

(4) 個体識別番号（マイクロチップ番号）

(_____)

3 確認年月日 _____ 年 月 日

4 備考

【注 意】

1. 本証明書は、個体に埋め込まれているマイクロチップの個体識別番号を証明する獣医師が全て作成すること。
2. 本証明書は、国際希少野生動植物種の種ごとに作成すること。複数の個体について作成する場合は、別紙に必要事項を記載して添付すること。
3. 個体の登録申請者が法人である場合には、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名、住所欄には主たる事務所の所在地を記載すること。
4. 「性別」欄については該当するものを丸で囲むこと。
5. この証明書の用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。