

ออกใบรับรองไมโครชิพ

ส่งตรวจ Rabies Titer Test



Date: _____

กรอกข้อมูล ส่งตรวจ Rabies Titer Test และ ใบรับรองไมโครชิพ **กรุณากรอกเป็นภาษาอังกฤษ**

Animal Hospital's Information (ข้อมูล คลินิก หรือ โรงพยาบาล)

Name of Veterinary : (ชื่อ นามสกุล สัตวแพทย์) _____

Veterinary signature : (ลายเซ็น สัตวแพทย์) _____

Name of Clinic : (ชื่อ คลินิก หรือ โรงพยาบาล) _____

Address : (ที่อยู่ คลินิก หรือ โรงพยาบาล) _____

Postcode : (รหัสไปรษณีย์) _____ Tel : _____

Owner's Information (ข้อมูลเจ้าของสัตว์)

Name : (ชื่อ นามสกุล เจ้าของสัตว์) _____

Address : (ที่อยู่ เจ้าของสัตว์) _____

Postcode : (รหัสไปรษณีย์) _____ Tel : _____

Animal's Information (ข้อมูลสัตว์)

Pet Name : (ชื่อสัตว์) _____ Microchip No : (เลขไมโครชิพ) _____

Species : Dog Cat

Gender : (เพศ) Male Female

Breed : (พันธุ์) _____ Color : (สี) _____ Birth Date : (วัน เดือน ปี) _____

Date of Microchip implanted : (วัน เดือน ปี **ฝังไมโครชิพ**) _____

Date of Collect Blood : (วัน เดือน ปี **เจาะเลือดตรวจ**) _____

| Rabies Vaccination Detail (ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า) | Date (วัน เดือน ปี) | Vaccine (ยี่ห้อ วัคซีน) | Batch No. (ชุดเลขที่วัคซีน) |
|---|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |