**臺中市寵物長期醫療照護機構認證申請書**

申請日期：　　年　　月　　日

□新申請 □展延

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請機構基本資料** | | | | | | | | | |
| 名稱 | |  | | | | | | | |
| 地址 | |  | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | | | |
| **負責人** | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | | | 出生 年月日 |  | |
| 國民身分證  統一編號 | |  | | | | | 聯絡電話 |  | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | |
| **專責長期醫療照護人員**(每10隻動物至少1人) | | | | | | | | | |
| □由負責人兼任 | | | | | | | | | |
| □專責長期  照護人員  名 | | 姓名 | | 出生  年月日 | | 國民身分證  統一編號 | | 戶籍地址 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 可容納動物數量 | | | □犬 隻 ; □貓 隻 | | | | | | |
| 應備文件 | (1) 負責人身分證影本1份。  (2) 本市獸醫診療機構開業執照影本1份。  (3) 機構之寵物長期醫療照護區配置平面圖1份。  (4) 專責長期醫療照護人員獸醫師(佐)執業執照影本及 3年內6小時動物醫療照護相關課程上課證明文件影本各1份。 | | | | | | | | |
| **審核結果**(申請單位勿填) | | | | | | | | | |
| **書面審核情形** | | | □合格  □不合格，原因： | | | | | | |
| **實地審核情形** | | | □合格  □不合格，原因： | | | | | | |
| **是否發給認證書** | | | □是  □否，原因： | | | | | | |
| 承辦 | | 組長 | | 技正 | 秘書 | | | 副處長 | 處長 |
|  | |  | |  |  | | |  |  |

**備註：如機構名稱、地址、負責人及專責長期醫療照護人員有異動，請於10天內向臺中市動物保護防疫處申請核備。**