特定寵物業專任人員飼養管理與照護特定寵物紀錄表

一、營業場所名稱：

年　　 月

二、特定寵物種類及經營業務項目：犬 □繁殖 □買賣 □寄養

店內自有：

犬＿＿＿＿隻

貓＿＿＿＿隻

貓 □繁殖 □買賣 □寄養

三、飼養照護管理情形：

註：1.如有醫療，請留存獸醫診療記錄備查。

2.自場繁殖犬(貓)應辦理寵物登記暨註記母犬晶片號碼；未登記前死亡者，應紀錄並保留獸醫師開具證明文件一年備查；.購入、售出者，應辦理轉讓登記，以供直轄市、縣(市)主管機關核對特定寵物繁殖、買賣紀錄及晶片使用情形。

 單位： 隻

| 日期 | 寵物種類 | 每日開始營業時之隻數 | 提供罹病醫療之隻數(無則免填) | 每日進入隻數 | 每日離開隻數 | 專任人員簽名 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自場繁殖 | 購入 | 寄養/其他 | 死亡 | 售出 | 領養或其他 |
| 範例 | 犬 | 6 | 1 | 5 |  | 寄3美10 |  | 3 | 寄4美10 |  |
| 貓 | 5 |  |  | 3 | 寄2 |  | 1 | 寄1 |  |
| 1 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 寵物種類 | 每日開始營業時之隻數 | 提供罹病醫療之隻數(無則免填) | 每日進入隻數 | 每日離開隻數 | 專任人員簽名 |
| 自場繁殖 | 購入 | 寄養/其他 | 死亡 | 售出 | 領養或其他 |
| 7 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 寵物種類 | 每日開始營業時之隻數 | 提供罹病醫療之隻數(無則免填) | 每日進入隻數 | 每日離開隻數 | 專任人員簽名 |
| 自場繁殖 | 購入 | 寄養/其他 | 死亡 | 售出 | 領養或其他 |
| 17 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 寵物種類 | 每日開始營業時之隻數 | 提供罹病醫療之隻數(無則免填) | 每日進入隻數 | 每日離開隻數 | 專任人員簽名 |
| 自場繁殖 | 購入 | 寄養/其他 | 死亡 | 售出 | 領養或其他 |
| 26 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 犬 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 貓 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**臺中市特定寵物業**

**寵物不適於立即植入晶片證明**

業者名稱： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

寵物種類：□犬　□貓　 品種：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

寵物性別及數量：公\_\_\_\_\_\_\_頭，母\_\_\_\_\_\_\_頭

來源母犬貓晶片號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

目前不適於植入晶片原因：

建議施打晶片時機：

動物醫療機構：

獸醫師：　　　　　　　　　　　（簽名）

獸醫師執照字號：

地址：

電話：

　　　　年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日

法令依據：特定寵物業管理辦法第11條第1項第6款

**臺中市特定寵物業**

**寵物繁殖前健康檢查證明**

業者名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

寵物種類：□犬　□貓　　品種：　　　　　 晶片號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

寵物性別： □公　□母 　毛色：　　　　　 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

特定寵物之檢查或檢驗結果：

１．整體外觀：□無明顯異常　　　□異常：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．精神狀態：□良好　　　□尚可　　　□不佳

３．皮　　毛：□無明顯異常　　　□異常：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．口　　腔：□無明顯異常　　　□異常：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．眼　　睛：□無明顯異常　　　□異常：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．耳　　鼻：□無明顯異常　　　□異常：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．體　　溫：＿＿＿＿＿ □正常　　□異常

８．特定先天或遺傳性疾病(如中央主管機關未公告免填)：＿＿＿＿＿＿＿＿

其他檢驗項目或檢查結果：(如當日未執行其他檢查，免填寫)

動物醫療機構：

獸　　醫　　師：　　　　　　　　　　　（簽名）

獸醫師執照字號：

住　　　　　址：

電　　　　　話：

法令依據：特定寵物業管理辦法第11條第1項第2款

**臺中市特定寵物業**

**寵物登記前死亡證明**

業者名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

寵物種類：□犬　□貓　品種：　　　　　　　 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

寵物性別：□公　□母　毛色：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

死亡原因：(如尚無法釐清死亡原因，可填寫「不明」)

動物醫療機構：

獸醫師：　　　　　　　　　　　（簽名）

獸醫師執照字號：

住址：

電話：

開立證明日期：　　　　年　　　　月　　　　日

法令依據：特定寵物業管理辦法第11條第1項第7款





法令依據：特定寵物業管理辦法第13條第3款