

臺中市寵物長期醫療照護機構認證申請書

☐新申請 ☐展延

申請日期： 年 月 日

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。