**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。**