

トリミング実施許可書

認定病院の院長様へ

当病院ではトリミングの際に起こりうる万が一の事故を防ぐ為に、ワンちゃん猫ちゃんの状態の確認をさせて頂いております。その為、お手数ですが獣医師様にご判断頂き、許可書のご記入をお願い致します。

所有者 住所 :

氏名 :

電話番号 :

動物 種類 :

性別 :

名前 :

病気ケガの有無 : 有 無

病名 :

この犬（猫）は、上記の理由によりトリミングの実施を認めます。

認定年月日 月 日 ~ 月 日

住所 :

氏名 :

電話番号 :

認定病院 :

認定した獣医師 :

印

ノア動物病院

ノア動物病院

日頃は当院のトリミングを御利用いただき誠にありがとうございます。
当院のトリミングはシャンプー、カットだけでなく、動物の健康を考えたトリミングです。
開院以来信念を持ったトリミングをしてきたのですが、近年来院数が増えるに従いかかりつけのあるワンちゃん猫ちゃんも増えてきました。
そこで当院では新病院になるに従いまして、よりいっそう信念を持つ治療・トリミングを目指すため以下の点をかかりつけ病院のある飼い主様にご理解いただきます。

- ・かかりつけ病院のあるワンちゃん猫ちゃんの体調管理や状態を、当病院の獣医師が把握できかねる為、トリミング中やトリミング後の体調不良や、万が一死亡されたとしても、損害、賠償請求等の責任は負いかねます。
- ・ワンちゃん猫ちゃんをお預かりしている間に急な体調不良がある場合は当病院の獣医師による処置を行います。

上記の項を確認しトリミングを依頼します。

住所

氏名 (印)

電話番号

携帯番号

ペット名

年 月 日