

반려동물 질병 모니터링을 위한 채혈 동의서

동물병원명			시료번호	
반려동물	이름		축종	개/고양이
	품종		연령	
	체중		성별	
소유주	성명			
	연락처			
	주소			

본인은 상기 반려동물의 소유자로서, 상기 반려동물에 대한 아래 질병 검사를 위해 채혈 및 검사를 하는데 이의가 없고, 검사결과에 대한 모든 정보를 서울시 수의보건향상업무에 활용하는데 동의합니다.

※대상검사질병 : 광견병, 엘리키아증, 라임병, 아나플라즈마병, 심장사상충

2016년 월 일

성명 : _____ (인)

서울특별시 강북구 귀하