飼育動物診療施設情報提供依頼書

　　　　　　　　　　令和７年　月　日

農林水産部畜産課長　殿

住所　（〒 - ）

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

電話番号　 　-　 　-

メールアドレス

　茨城県内の飼育動物診療施設について下記のとおり情報提供を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　情報提供内容  希望するものに□にレ印を付してください。 | □１ 診療施設名称  □２ 診療施設住所  □３ 診療施設開設年月日  □４　開設者氏名  □５　診療施設電話番号  □６　診療施設FAX番号  □７　診療施設従事獣医師数  □８　診療業務の種類（小動物/産業動物）  □９　診療施設の形態（施設/往診）  □10診療施設のエックス線装置の届出有無  □11診療施設の新規・廃止の届出数 |
| ２　提供の方法  希望するものに□にレ印を付してください。 | １　文書又は図面の場合  □写しの交付  （□本庁での対面交付　□郵送での交付）  ２　電子的記録の場合  □PDFデータにしたものをメールにて交付 |
| ３　備考 | （情報の利用目的等を記載してください） |

※二次利用を希望する場合は、茨城県農林水産部畜産課（家畜衛生対策室）に利用可否を問い合わせること。

※二次利用する際は、必ず出典を明記すること。

　≪例»出典：飼育動物診療施設情報提供通知書,畜第○○号,令和〇年〇月〇日

※加工や編集等を行う場合は、編集加工を行ったことを記載すること。

≪例»出典：飼育動物診療施設情報提供通知書,畜第○○号,令和〇年〇月〇日 改変

----------------------------------------------------------------------

**提供された情報の利用に係る誓約書**

氏名：

提供された情報に係る以下の事項について誓約いたします。

１　不適切利用はしないこと

２　第三者に対して情報を漏らさないこと

３　入手した情報の取扱いに基づき発生した全ての損害等に対して責任を持つこと