

申込番号	
------	--

預託申込書

— HORSE TRUST —

申込年月日	年 月 日		
馬 主			
※1 氏名または団体名	(ふりがな)		
住所または所在地	〒		
連絡先	電話番号	FAX番号	
	携帯電話番号		
	メールアドレス		
馬 匹			
馬名			
品種		性別	
毛色		生年月日	
特徴			
注意事項			
健康手帳	有 ・ 無	血統登録証	有 ・ 無 番号()

支払方法 ご希望のお支払い方法をご選択下さい。	口座振替 ・ 銀行振込み (毎月・一年)
申込書受付け後、折り返しこちらから連絡致します。 ご希望の連絡方法をご指定下さい。	電話 ・ 携帯電話 ・ E-mail
	ご希望の時間帯があればご記入下さい。

※1 団体の場合は、代表者氏名もご記入下さい。

送付先

<鹿児島> NPO法人 ホーストラスト
〒899-6201 鹿児島県始良郡湧水町木場6340-70
TEL:0995-74-1333 FAX:0995-74-1335

<北海道> NPO法人 ホーストラスト北海道
〒045-0024 北海道岩内郡岩内町字野東463番地の1
TEL:0135-62-3686 FAX:0135-62-3684

入厩に際しての問診票

ホーストラストでは、昼夜放牧、共同放牧という環境で馬を管理するため、事前に馬の健康状態などいくつか質問をしております。お預かりする馬を管理していく上で、大切な基礎情報になります。出来るだけ正確にご記入いただき、ファックスまたは郵送にてお送りください。

馬名 _____ 性別 牡馬・セン馬・牝馬 毛色 _____ 年齢 _____

- 1 蹄の疾患、肢や腰の疾患はありますか。また、跛行をしていますか。
(_____)
- 2 過去6ヶ月間に、疝痛、起立困難、発熱など、健康上の問題はありましたか
(_____)
- 3 継続した治療や投薬をしていますか。
(_____)
- 4 視力や聴力に問題はありますか。
(_____)
- 5 食欲や食物摂取に問題はありますか。
(_____)
- 6 最後に歯の治療（整歯）を行った日はいつですか？
(最終治療 年 月 日)
- 7 最後に駆虫したのはいつですか。
(最終駆虫 年 月 日)
- 8 日頃どのような飼料を、どの程度与えていますか。また、サプリメントは与えていますか。
(_____)
- 9 飼料や薬品などのアレルギーはありますか。
(_____)
- 10 さく癖や咬癖などの悪癖はありますか。
(_____)
- 11 その他、気になることがありますか。
(_____)

年 月 日

お名前 _____

<送付先>

NPO 法人ホーストラスト

〒899-6201 鹿児島県始良郡湧水町木場 6340-70

FAX 番号：0995-74-1335