ANEXO 2

REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA

REGISTRO DE VACUNACIÓN ANTIRRABICA CANINA

Fecha: _____

Dirección de Area de Salud:_____

Distrito de Salud:_____Comunidad:_____

Centro de Salud:_____

Dosis a aplicar: 1cc Vacuna Antirrabica Canina

No.	Nombre del Propietario	Especie Animal		Nombre del animal
		Perro	Gato	

(f) _____
Firma y sello del vacunador

(f)_____
Firma y sello del Responsable del Servicio de Salud