예 방 접 종 증 명 서				
(VACCINATION CERTIFICATE)				
동 물 소 유 자	성 명			
	(Name)			
OWNER OF	주 소			
ANIMAL	(Address)			
예 방 약 종 류			접 종 량	
(Procedure)			(Dose)	
실 시 방 법			면역유효 기간	
(Administer)			(Due date)	
동 물 의 종 류			접종일자	
(Species)			(Vaccination date)	
성 별			품 종	
(Sex)			(Breed)	
동물의이름			연 령	
(Name of Animal)			(Age)	
체 중				
(Body Weight)				
특 징 및 모 색				
(Color & Special feature)				
I hereby certify that I have vaccinated the above animal.				
수의사법 제12조 및 동법시행규칙 제10조의 규정에 의하여 위와 같이 증명합니다.				
발행일(Date of Issue) / 년(year) 월(month) 일(day)				
동물병원 명칭(Hospital Name):				
소재지(Hospital Address):				
수의사면허번호(License Number): 제 호				
수의사 성명(Veterinarian Name) :			(서명 si	gnature)