

Tjänstgöringsintyg för funktionärer MH/MT år:20____

Intyget skickas till distrikt/rasklubb: _____

Adress: _____ postnr & ort _____

Telefon och mejl: _____

Lämnas senast december varje år

[illegible]

Testledare

[illegible]

Namn: _____

Telefon: _____

Adress: _____

Post nr: _____

E-post: _____

Klubb: _____

Medlems nr: _____