

不妊・去勢手術助成事業申込票

令和 年 月 日

(一社) 岩手県獣医師会長 様

飼い主あるいは
管理代表者 氏名 : _____

(〒 _____)

住 所 : _____

電話番号 : _____

貴会が実施する飼育犬・猫及び地域猫不妊手術助成事業に、下記のとおり申し込みます。

記

申込区分の番号 (1～3) を○で囲みご記入ください。

1. 飼育犬 (メスのみ) : 年 齢 (才 カ月) 、 毛 色 ()

2. 飼育ねこ : 年 齢 (才 カ月) 、 毛 色 ()

性 別 (オス ・ メス) いずれかを○で囲んでください

3. 地域ねこ : ※耳先カット手術に同意するものとする

・今回の不妊・去勢手術を希望する地域ねこ頭数

オス : _____ 頭 (年齢 : _____)

メス : _____ 頭 (年齢 : _____)

「地域ねこ」の管理状況について、内容を簡潔に記載願います。【※ 必須】

管理している場所 (市町村名) : _____ 管理頭数 : _____ 頭

飼育管理のルール等 : _____

4. 不妊・去勢手術実施年月・予定年月 令和 年 _____ 月 (実施済 ・ 予定)

※申込対象は、メス・オスとも 7 歳未満です。