

不妊手術助成事業申込票

平成 30 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

1. 助成申込動物 飼育犬・ねこ、地域ねこ (いずれかを○で囲んで下さい)
年 齢 (_____ 才 _____ カ月)、毛色 (_____)
2. 不妊手術実施予定年月 平成 30 年 月
3. 「地域ねこ」の不妊手術済みの目印となる 耳先カット手術に
同意する ・ 同意しない (いずれかを○で囲んで下さい)
◆ 耳先カット手術に同意のないものは、助成対象とはなりません。
◆ 今回、不妊手術を希望する地域ねこ頭数 : (_____ 頭)
4. 「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: _____

* 申込対象は 雌 で7歳未満の飼育犬・飼育ねこ及び地域ねこです