

京丹後市飼い主のいない猫の不妊去勢手術実施証明書

（申請者）住所又は所在地

氏名又は団体名及び代表者氏名

電話番号

1 猫の個体情報

番号	捕獲場所 ※京丹後市以下を記入	性別 (該当に○)	毛色 柄	手術等実施 内容	手術等実施 年月日	手術等実施 費用
1		オス・メス		<input type="checkbox"/> 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 耳カット施術	年 月 日	円
2		オス・メス		<input type="checkbox"/> 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 耳カット施術	年 月 日	円
3		オス・メス		<input type="checkbox"/> 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 耳カット施術	年 月 日	円
4		オス・メス		<input type="checkbox"/> 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 耳カット施術	年 月 日	円
5		オス・メス		<input type="checkbox"/> 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 耳カット施術	年 月 日	円

2 獣医師の証明欄

申請者記入内容（捕獲場所、性別、毛色・柄）を確認し、上記の飼い主のいない猫の手術を実施したことを証明します。	
年 月 日	
住 所	
病 院 名	
獣医師名	⑩