

不妊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

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 令和3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。

・ 今回の不妊手術を希望する地域ねこ頭数 : (_____ 頭 管理の内) _____ 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 の7歳未満です。