様式第２号（第４条関係）

不　妊　・　去　勢　手　術　実　施　証　明　書

１　申　請　者　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

２　補助対象猫の特徴

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼養管理者又は生息区域 | 種類又は猫の名前 | 性　別 | 毛 色 | 特　徴 | 飼い主の有無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  | 有・無  |
|  |  |  |  |  | 有・無 |
|  |  |  |  |  |  有・無 |

**３　不妊・去勢手術実施年月日**

**令和　　年　　月　　日**

**不妊・去勢手術実施場所（動物病院名）**

**上記の猫の不妊・去勢手術を実施したことを証明します。**

**令和　　年　　月　　日**

**実施者　　住　　所**

**病 院 名**

**獣医師名　　　　　　　　　　　　㊞**