

避妊去勢手術実施証明書

平成 年 月 日

手術依頼者(所有者)

氏名	⑩
住所	
電話番号	
当会担当スタッフ名:	

対象動物

種別	犬・猫 (どちらかに○)
名前	
性別	オス・メス (どちらかに○)
年齢	才 ヶ月
種類	雑種・その他()
毛色	
登録番号 (犬のみ)	登録市町村 () 登録年度 平成 年度 登録番号 () 狂犬病予防注射番号 ()

上記対象動物に対して避妊・去勢手術を実施したことを証明します。

手術実施日: 平成 年 月 日

手術内容: 避妊手術(卵巣摘出・子宮摘出)

去勢手術(精巣摘出)

その他()

病院名

獣医師氏名

⑩

所在地

電話番号

二重枠内を獣医師に記入いただき、FAXにて当会に送付してください

動物友の会壬生里親会 FAX:0285-44-5431(受付7:00~22:00)