

恵那市長 様

手術実施獣医師

所在地

名称

獣医師氏名

（署名又は記名押印）

電話番号

猫の不妊去勢手術実施証明書

恵那市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付要綱第 4 条の規定に基づく猫の不妊去勢手術及び識別処理を行いましたので、その旨を証明します。

記

手術依頼者	住所・所在地	
	団体名（個人の場合は記入不要）	
	氏名又は 代表者氏名	
	電話番号	

猫の個体情報

No.	生息地	毛色・柄等	手術区分	識別処理	手術実施日
1			不妊・去勢	左・右	年 月 日
2			不妊・去勢	左・右	年 月 日
3			不妊・去勢	左・右	年 月 日
4			不妊・去勢	左・右	年 月 日
5			不妊・去勢	左・右	年 月 日
6			不妊・去勢	左・右	年 月 日
7			不妊・去勢	左・右	年 月 日
8			不妊・去勢	左・右	年 月 日
9			不妊・去勢	左・右	年 月 日
10			不妊・去勢	左・右	年 月 日

※ 生息地の欄には、猫が生息していた恵那市内の地域名及び自治会名を記入してください。

※ 記入欄が足りない場合は欄を追加して記入すること。