

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」申請書

令和 年 月 日

久留米市長
久留米市獣医師会長 } 宛て

申請者（個人） 住所 久留米市
氏名 印
電話番号 ()

申請者（団体） 住所 久留米市
団体名
代表者氏名 印
申請責任者氏名 印
電話番号 ()

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」に基づき、手術を受けたいので、下記の通り申請します。

なお、手術済みであることを示す措置（耳先カット）に同意します。

○手術を受けたい猫の情報

生息場所			
種類		毛色	
性別		年齢	
特徴			

※年齢について不明な場合は記入不要です。

○申請者及び下記2名の確認により、飼い主のいない猫であると認めます。

確認者 (1)	住所			
	氏名	印	電話	
確認者 (2)	住所			
	氏名	印	電話	

※申請者と確認者(1)(2)は、それぞれ申請者とは世帯を別にする人に限ります。

【事務処理欄】

受付動物病院