

(第 11 号様式)

令和 年 月 日

奄美大島ねこ対策協議会長 殿

氏名

〔 団体にあつては、団体の名称及び
代表者氏名 〕

不妊・去勢手術実施済証明書

譲渡個体の不妊・去勢手術を下記のとおり実施しましたので、捕獲ネコ譲渡要領第 6 条の 7 項の規定に基づき報告いたします。

記

1, 所有者

認定番号	認定番号 第 号
住所	〒
氏名	

2, 手術実施年月日及び実施個体

手術実施年月日	年 月 日
譲渡個体 No	No
譲渡個体愛称	
性別	オス ・ メス

3, 不妊・去勢手術実施の証明

上記の個体は、当院において（ 不妊 ・ 去勢 ）手術を実施したことを証明します。	
	年 月 日
実施動物病院名	
住所	
電話番号	
実施獣医師名	印