

長岡京市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術 実施証明書

申請者	住 所	長岡京市		
	氏 名	※ 申請書、領収書宛名と同一氏名であること。	電話番号	

猫の個体情報

NO.	毛色・柄	性別	手術実施日
		1 オ ス 2 メ ス	年 月 日
NO.	毛色・柄	性別	手術実施日
		1 オ ス 2 メ ス	年 月 日
NO.	毛色・柄	性別	手術実施日
		1 オ ス 2 メ ス	年 月 日
NO.	毛色・柄	性別	手術実施日
		1 オ ス 2 メ ス	年 月 日
NO.	毛色・柄	性別	手術実施日
		1 オ ス 2 メ ス	年 月 日

申請者記入内容（申請者個人情報、猫の毛色・柄、捕獲場所）を確認し、上記全ての飼い主のいない猫について不妊去勢手術（手術実施中に、既に実施済、又は形成不全等で実施不能であることが判明した場合、かつ、術後生殖が不能であると担当獣医師が判断した場合を含む）を実施したことを証明します。

年 月 日 本証明書での証明頭数：

頭

動物病院名

所 在 地

獣医師氏名

(裏面)

<領収書添付欄>

※領収書の宛名は申請者と同一であること。

領収書を貼り付けてください。