

猫の繁殖制限手術実施報告書

年 月 日

長野市保健所長 宛

(飼養者)

住 所

氏 名

連絡先（電話）

記

猫の特徴

名前	性別	種類	毛色	年齢

上記の猫に不妊・去勢手術を実施しました。

実 施 日： 年 月 日

動物病院名：

※領収書に去勢または不妊手術を実施した旨が記入されているものを動物病院で発行してもらい、そのコピーを添付し本書とともに提出するか、又は、下欄に動物病院の証明を受けてください。

※その他、本書の内容と同等の様式を動物病院で設けている場合は、その様式でのご報告で受領いたします。

動物病院証明欄

上記の猫に不妊・去勢手術を実施しました。

実施年月日：

施 設 名：

施設所在地：

獣医師氏名：

上記の猫に不妊・去勢手術を以下の理由により、実施できませんでした。今後、当該ねこに繁殖をさせないように飼養管理します。

理由：

【宛先】

長野市保健所 食品生活衛生課 動物愛護センター

所在地：〒380-0928 長野市若里 6-6-1

TEL：026-262-1212

FAX：026-226-9981

※本書は譲渡後8ヶ月以内に提出してください。

※提出は窓口のほか、郵送又はFAXでも受付しています。

※譲り受けたねこが亡くなった場合は電話にてご報告ください。

【保健所記入欄】猫の譲渡年月日 年 月 日