第９号様式（第10条関係）

年　　月　　日

申請者　住　所　屋久島町

氏　名

連絡先

不妊去勢手術実施証明書

１　補助対象猫の特長等

〇生息域　　　　　　　　　地区

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 毛色 | 推定年齢 | 性別 | 特徴等 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

２　不妊去勢手術実施年月日（最終日）

　　　　　年　　月　　日

【獣医師証明欄】

上記の猫の不妊去勢手術を実施したことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　実施者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　獣医師名