去勢避妊手術実施証明書

手術依頼者

氏　名：

現住所：

対象猫

|  |  |
| --- | --- |
| 名　前 |  |
| 性　別 | オス　・　　メス　（どちらかに○） |
| 年　齢 | 歳　　ヶ月（不明の場合は推定） |
| 種　類 | 雑種　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 毛　色 |  |

　　　　　年　　月　　日

　上記、対象猫に対し、避妊去勢手術を実施したことを証明します。

　手術年月日：　　　　　年　　　月　　　日

　手術内容：□避妊手術（卵巣摘出・子宮摘出）

　　　　　　□去勢手術（精巣摘出）

　　　　　　□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　）

　病　　院　　名：

　所　　在　　地：

　電　話　番　号：

　担当獣医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印