

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