

様式第1号の2（第5条関係）

矢吹町飼い犬・飼い猫不妊去勢手術実施証明書

年 月 日

矢吹町長 様

獣医療機関 名称

所在地

実施獣医師氏名

印

次の者の飼い犬又は飼い猫について、不妊去勢手術を実施したことを証明します。

(注意) この証明書は獣医療機関において実施獣医師が記入してください。

□のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

所有者に関する事項	住所	矢吹町
	氏名	
犬猫の別	<input type="checkbox"/> 犬	<input type="checkbox"/> 猫
動物に関する事項	種類	
	生年月日	年 月 日
	毛色	<input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
	名前	
	特徴	
実施期間	年 月 日～	年 月 日