

高砂市飼い主のいない猫不妊・去勢手術完了書

令和 年 月 日

高砂市長 様

交付決定者

住 所

氏 名

連絡先

（以下獣医師記入）

No	手術年月日	保護場所	手術費（円）	助成額（円）	性別	マイクロチップ登録番号
①	年 月 日	高砂市 .....	.....	.....	メス オス	.....
②	年 月 日	高砂市 .....	.....	.....	メス オス	.....
③	年 月 日	高砂市 .....	.....	.....	メス オス	.....
④	年 月 日	高砂市 .....	.....	.....	メス オス	.....
⑤	年 月 日	高砂市 .....	.....	.....	メス オス	.....

※領収書（病院仕様）を添付してください。

※手術後の写真を添付してください。

上記の猫に対して、不妊・去勢手術を実施しました。

（所在地）

（動物病院名）

（獣医師）