

## 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