地域猫の不妊手術　対象動物確認票

必ずサポーター自身での記入をお願いします。

【同意事項】
・地域猫不妊手術実施申請書の裏面の記載事項を確認し誓約します。
・犬舎での保管中、および搬送中に発生しうる不測の事態（動物の逸走、体調の急変等）には
　対応が難しいため、川崎市は責任を負いかねることについて了承しています。
・「地域猫の不妊手術における注意事項」（サポーター宛て）を読み、内容について了承しています。

□ 以上のことについて、同意します

1．受付日	**月　　日（ 月 ）　※手術日は受付日の翌日になります**	
2．グループ名	**【緊急連絡先】** **氏名：** TEL：　　-　　-	
3．個体管理番号		**□対象猫一覧表に登録あり　□手術申請あり**
4．毛色		**□対象猫の写真を提出している**
5．性別	**□ オス　□ メス　□不明**	
6．確認事項	**□ 耳カットなし** **□ 重度風邪症状なし** 風邪症状：例）目ヤニで目が開かない、鼻水が多く出ている、顔が目ヤニや鼻水、唾液で汚い **□ 重度削痩なし** 重度削痩：例）ガリガリに痩せている、肋骨が浮き出ている **□ 生後３か月齢以下ではない（目安として体重が1.5kg以上である）** **□ 妊娠末期ではない** **※上記に該当しない場合でも、センターの判断で手術を中止する場合があります**	
7．返還方法	**□ 動物愛護センターにお迎え** ※水曜日の9:00-12:00にセンターにお越しください **□ ご自宅まで動物愛護センターから搬送** ※水曜日（返還当日）の朝にセンターから連絡が入ります	
8．ケージの確認	**□　捕獲用ケージを使用している** **□　逸走防止をしっかりしている（結束バンドで扉の開閉部を固定をしている等）**	

備考（動物愛護センターへの連絡事項）：

衛生課確認欄

□上記の項目に不備がないことを確認

（確認者：　　）