

川崎市猫の不妊（去勢）手術実施証明書

申請者	住所	川崎市 区		
	氏名		電話	

対象 ※1又は2に○	1 申請者が所有し、市内で飼養管理する猫			
	2 申請者が市内で責任を持って世話している所有者の判明しない猫			
手術の内容 ※1又は2に○	1 不妊（メス） 2 去勢（オス）			
猫の種類		猫の呼び名		
	[例：雑種・マンチカン等]		[例：たま・ミケちゃん等]	
猫の年齢	歳	か月	猫の毛色	
				[例：茶トラ・グレー等]

上記のとおり 年 月 日に手術を実施したことを証明します。

年 月 日

施設名

所在地 市 区

指定獣医師名

※ 指定獣医師の先生方へ
太枠欄に内容が記載されていることを御確認の上、証明いただきますようお願いいたします。

(申請者→指定獣医師→申請者→区役所衛生課→健康福祉局)