

第 2 号様式（第 5 条関係）

飼い猫不妊去勢手術実施証明書

年 月 日

いわき市長 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 **レ**印を付けてください。

所有者に 関する 事項	住 所	いわき市
	氏 名	
猫 関 する 事 項	種 類	
	生 年 月 日	年 月 日
	毛 色	☐ 茶 ☐ 黒 ☐ 白 ☐ その他 ()
	性 別	☐ 雄 ☐ 雌
	名	
	特 徴	
実 施 期 間		年 月 日～ 年 月 日