

去勢又は避妊手術済証明書

年 月 日

美祢市長 様

指定獣医師 住 所

氏 名 ⑩

TEL () -

下記の犬・猫について避妊等手術を実施したことを証明します。

種 別	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	種 類	
犬・猫の名前		性 別	<input type="checkbox"/> 雄 <input type="checkbox"/> 雌
毛 色		生年月日	年 月 日
その他			
飼い主	住 所	美祢市	
	氏 名		
避妊等手術実施年月日		年 月 日	

※狂犬病予防法登録番号 第_____号 / _____年__月__日

※狂犬病予防法予防注射 _____年度第_____号 / _____年__月__日