

受付番号 _____ ~ _____

猫手術確認票

ご当選の場合、手術の日程は抽選の順にセンターからご連絡しますので、あらかじめ希望をお知らせください。手術は火水木に実施します。手術前日に搬入、手術翌日にお迎えとなります。

ご氏名 _____ 代表者のいる方は代表者名 _____

代表者電話番号 _____

1 手術希望の曜日は？

1. 火曜日（月曜搬入・水曜お迎え） 2. 水曜日（火曜搬入・木曜お迎え）
3. 木曜日（水曜搬入・金曜お迎え） 4. 特になし

2 手術開始の時期は？（抽選順のため、ご希望に添えないことがあります。）

1. 早い方がよい。 2. _____月ごろ。

3 手術予定の猫は、保護しやすい猫ですか？保護器は必要ですか？

1. よってこない・さわれない（保護困難） _____匹（必要・不要）
2. さわれる・キャリーに入る（保護容易） _____匹（必要・不要）

4 一度に搬入できる匹数は？（申請数が複数の場合）

1. 3匹同時（2匹同時）
2. 1匹ずつ
3. 2匹が先で1匹は後日（1匹が先で2匹は後日）

5 猫の保護や持ち込みをお願いすることがありますか？

いいえ・はい（代理の方の名前： _____ 連絡先： _____）

6 以前の申請は？

1. 初めて 2. あり（ _____回目）

7 他の人の活動を手伝えますか？

1. できない 2. できる
- { ・捕獲（近隣のみ 遠方可）
・運搬（近隣のみ 遠方可）

《最終チェック》

※書類等が揃っているか、記載漏れ等がないか、今一度確認してください。

1不妊手術申請書

2不妊手術誓約書

3活動報告書

4猫手術確認票（本紙）

5身分証明書（コピー）※氏名・現住所が確認できるもの

6返信用封筒（84円切手貼付）

7活動場所の地図

※不備等ある場合は受付できません。