

医療処置完了証明書

申請者住所
※在勤・在学の方はその名称・所在地も記入して下さい
名称
所在地

氏名

主な生息地		性 別	オス・メス
毛色及び特徴		年 齢	
捕獲場所		捕獲時期	
金 額	円		

上記の飼い主のいない猫に対し、医療処置を 年 月 日に行ったことを証明します。

年 月 日

実施者所在地

動物病院名

獣医師氏名 印

※行った医療処置（猫エイズ・白血病検査、ワクチン接種、駆虫、その他（ ））