

手術等完了証明書

申請者 住 所

氏 名

1 手術等を完了した動物

決定通知番号 第 号

2 実施した治療行為

（1）保護から退院するまでにかかる経費（実施した治療に○をする）

① 便検査	
② 猫エイズ検査	
③ 白血病	
④ 不妊去勢手術	
⑤ 混合ワクチン注射	
⑥ 猫エイズワクチン注射	
⑦ 白血病ワクチン注射	
⑧ 駆虫	
⑨ マイクロチップ装着	

（2）隔離期間の入院費

入院開始日		退院日	
-------	--	-----	--

（3）治療費

症状		行った治療	
----	--	-------	--

※添付資料（いずれもコピー可）

（1）領収書 （2）ワクチン接種証明書 （3）マイクロチップ装着証明書

以上の医療行為を完了し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