

(別記様式第2号)

## 飼い主のいない猫の不妊去勢手術実施申請（同意）書

年 月 日

八戸市保健所長 殿

町内会（自治会）名

住所

代表者名 (自署)

連絡先

私は、地域に生息する飼い主のいない猫の不妊去勢手術を希望します。また、申請にあたり、下記の同意事項の内容を確認し、承諾することとします。

## 1. 猫の情報

|        |                                                                                                                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 頭数     | 頭                                                                                                                                                   |
| 性別     | オス： 頭    メス： 頭    不明： 頭                                                                                                                             |
| 毛色     |                                                                                                                                                     |
| 捕獲予定場所 |                                                                                                                                                     |
| 手術後の対応 | <input type="checkbox"/> 保護して新しい飼い主を探す<br><input type="checkbox"/> 餌のみ与える<br><input type="checkbox"/> 地域猫として管理する<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

※予算の都合上、希望した頭数の手術を実施できない場合があります。

### 同意事項

- ☐ 手術した猫に所有権等の問題が発生した場合、市へ責任を追及せず、自らで解決します。
- ☐ 手術した猫の耳に V 字のカットを入れることを承諾します。
- ☐ 手術中又は手術後に猫が死亡した場合でも、市に対して一切の申し立てを行いません。

保健所確認欄

添付書類（必要に応じて）

- ☐ 実施地域の地図・周辺環境の説明
- ☐ 猫の頭数・特徴・写真等の一覧表
- ☐ 飼い主の有無
- ☐ その他（

)