様式第２号（第４条関係）

犬及び猫避妊・去勢手術完了証明書

（〒　　－　　）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><th colspan="4">獣 医 師 記 入 欄</th></tr>
<tr><td>１．犬及び猫の名前／犬及び猫の種類
（どちらかに〇印をしてください）</td><td>犬・猫</td><td>名前</td><td>種類</td></tr>
<tr><td>２．犬及び猫の性別及び手術の種類</td><td colspan="3">雌（避妊）　・　雄（去勢）</td></tr>
<tr><td>３．犬　の　登　録　番　号</td><td colspan="3">第　　号</td></tr>
<tr><td>４．狂犬病予防注射済票番号</td><td colspan="3">年度　第　　号</td></tr>
<tr><td>５．手　　術　　日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記の手術を実施したことを証明します。

年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

獣医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印</td></tr>
</table>