

年 月 日

### 手術対象猫とその飼い主がいらないことの証言

申請者氏名

(法人にあつては名称及び代表者の氏名  
団体等にあつてはその名称及び代表者名)

申請者住所 〒

電話番号

対象猫一覧 \*対象猫の全体が映った写真をそれぞれ添付すること。

No.	毛色	年齢 推定	特徴
例	キジ白	5才	長毛・短尾
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			
⑨			
⑩			

上記の猫について、飼い主がいらないことを証言します。

なお、上記猫については、その写真と主に生息する地域の地図を確認しました。

(生息地域に居住する2名以上の署名)

(1) 住所

氏名

(2) 住所

氏名

(3) 住 所

氏 名

(4) 住 所

氏 名

(5) 住 所

氏 名

(6) 住 所

氏 名

(7) 住 所

氏 名

(8) 住 所

氏 名

(9) 住 所

氏 名

(10) 住 所

氏 名

(11) 住 所

氏 名

(12) 住 所

氏 名