



獣医師捨印

猫不妊手術実施証明証

診療施設住所 東大阪市

診療施設名

電話番号

獣医師名 ⑩

下記の者が、下記の猫について不妊手術を行ったことを証明します。

平成 年 月 日

記

住所	東大阪市				
氏名					
電話					
猫の 名前 (猫の愛称)		種類	雑種・その他()	性別	オス・メス
毛色	白・黒・茶・トラ・キジ 三毛・その他()		年齢 (推定年齢可)		
耳カットの有無	飼い猫のため カットしていない ・ 右耳 ・ 左耳				
手術年月日	平成 年 月 日				