

年 月 日

岐阜県 保健所長 様

申請者 地域猫活動団体名

自治会等役職名

代表者氏名

住 所

電話番号

不妊去勢手術申請書

不妊去勢手術を実施するにあたり、下記事項について理解し同意したうえで、岐阜県地域猫活動支援事業実施要領第8条の規定及び東濃圏域の地域猫不妊去勢手術業務実施手順に基づき、地域猫の手術の実施を申請します。

なお、手術中及び術前術後の猫の死亡等不測の事態については、岐阜県及び手術者に対してその責任を一切問いません。

記

管理番号※1	性別	搬入予定時期※2	管理番号※1	性別	搬入予定時期※2
	オス・メス・不明			オス・メス・不明	
	オス・メス・不明			オス・メス・不明	
	オス・メス・不明			オス・メス・不明	
	オス・メス・不明			オス・メス・不明	
	オス・メス・不明			オス・メス・不明	

※1 様式第2号の管理番号を記入してください ※2 搬入日時の決定は保健所との調整が必要です。

1 手術内容

- 卵巣のみ若しくは卵巣及び子宮、又は精巣を摘出します。
- 手術済みであることを示すため、耳の先をV字型にカットします。

2 手術の危険性

- 全身麻酔による手術のため病気、高齢、発情及び妊娠等の時は、後遺症や死亡の危険性が高まります。
- 誤嚥の危険を避けるため、手術日に餌や水を与えないでください。
- 捕獲及び収容により、怪我及び過度のストレスによる免疫力低下により発病の危険性があります。

3 その他

- 猫の搬入日、返還日及び術後管理に関することは保健所の指示に従ってください。
- 猫の受け入れは、地域猫活動計画書の受理日から1年以内です。