

(別記様式1)

令和 年度対策支援申込書

令和 年 月 日

公益社団法人愛媛県獣医師会
会長 様

TNR または地域猫活動団体 (グループ)

団体又はグループ名:

住 所:

代表者氏名:

㊞

連 絡 先:

TNR または地域猫活動を下記のとおり実施しますので、支援をしていただきますようお願いいたします。

記

1 TNR または地域猫活動の概要

(1) 活動団体またはグループ名:

(2) 活動参加者数: 名

(3) 活動開始 (予定) 時期: 令和 年 月から

(4) 活動の概要 (活動地域を含め、できるだけ具体的に書いてください。)

TNR 活動 ・ 地域猫活動 どちらか一方を ○ で囲んでください。

[]

2 地域猫活動の場合飼育管理する代表者

(1) 代表者氏名:

(2) 住 所:

連 絡 先:

3 不妊手術希望頭数

頭数: 頭

4 不妊手術済みの確認方法 ☐ 耳先へのV字カット

5 支援対象活動 (実施できたもの、または、実施が確約できるものについてレ点を入れること。)

☐ 不妊手術済みの猫への耳先へのV字カットを行うことを約束する。

☐ 地域猫活動の場合、全てが把握できる飼育管理者が存在すること。

☐ 糞の始末等の美化活動が定期的に行われている。

6 その他

☐ 不妊手術・耳先 V 字カット以外の費用が発生した場合は自己負担で対応する。