|  |  |
| --- | --- |
| 引き取り先 | ※対象の犬や猫を引き取った管理センター名を記入してください。 |
| 引き取り日 | （西暦）　　　年　　　　月　　　　日 |
| 再譲渡日 | （西暦）　　　年　　　　月　　　　日 |
| 再譲渡報告日 | （西暦）　　　年　　　　月　　　　日 |
| フリガナ |  | 所属 |  |
| 実施責任者役職・氏名 |  |
| 種類 | □犬　　□猫　　 | 性別 | □オス　□メス | 毛色 |  |
| 再譲渡先情報　※どうぶつ基金から再譲渡先に確認の連絡をする場合があります。 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 再譲渡日までに不妊去勢手術が済んでいることを証明する書類（獣医の領収書、管理センター等の手術済証明書）貼り付け欄（いずれも原本）注意：ここに必ず一頭ごとの獣医の領収書または獣医が記名捺印した手術済証明書（いずれも原本）を張り付けてください。コピーや複数頭の不妊手術が記載されたものは無効です。 |
| 行政に提出した再譲渡報告書（写し）の貼り付け欄注意：必ず一頭ごとの識別が出来るようにしてください。 |