年　　月　　日

様式12

札幌市動物愛護管理センター所長　殿

申請者　氏　　名

　　　　　（団体にあっては、名称及び代表者の氏名）

住　　所　〒

電話番号

保 護 ボ ラ ン テ ィ ア へ の 支 援 依 頼 書

札幌市動物愛護管理センターボランティア譲渡等実施要領第14条に基づき、下記の支援の実施を依頼します。

記

　１　支援を依頼する事項

　　□　不妊手術の実施

　　□　感染症予防ワクチンの接種又は駆虫薬の投与

※動物愛護管理センターの収容動物管理に準じて実施します。センター収容中の実施状況によってはお断りすることがございます。

　２　対象動物

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| センター収容番号 |  | 譲渡等の日 | 年　　月　　日 |
| 動物種 | 犬　・　猫 | 性別 | オス　・　メス |
| 動物の引渡 | センターへ預け渡し　　　　　　　月　　日　　時  センターから返還　　　　　　　　月　　日　　時 | | |
| 絶食・絶水 ※不妊手術の 　場合のみ | 絶食開始日時　　　　　　　　　　月　　日　　時  絶水開始日時　　　　　　　　　　月　　日　　時 | | |
| 特記事項（対象動物の体調等に不安がある場合は詳細を記入してください） |  | | |