

手術同意書 兼手術実施報告書

公益社団法人 福岡県獣医師会
いのちをつなぐ委員会 殿

このたび(公社)福岡県獣医師会「あすなる猫不妊・去勢手術支援事業」により猫の不妊去勢手術を受けるにあたり、下記の事項について確認をしたうえで、手術を実施することに同意します。

以下の事項を確認のうえ、同意いたします。

- 不妊・去勢手術支援の対象は、飼い主のいないお家のない猫に限ること。**
- 飼い主のいない猫が対象であり、首輪や名札がある猫またはマイクロチップが装着されている猫は手術ができないこと。
- 不妊・去勢手術済みの証である耳先カットを行うこと。
- 予め決めた予約日に手術が行えなかった場合、支援を受けることができない場合もあること。
- 生後6ヶ月未満、もしくは体重2Kg以内、または出産後30日以内の猫の手術はできないこと。
- 鼻汁・眼脂・流涎・下痢や、外見上異常がある場合は、手術ができない場合もあること。
- 停留睪丸など生殖器の異常により、手術が行えない、もしくは変更になる場合もあること。
- 飼い主のいない猫は日頃の健康管理が十分でないことから、一般の手術に比べ危険性が高いこと。
- 猫がすでに手術済みであったと判断した場合でも、耳先カットを行い同額の料金が発生すること。
- 手術実施後に当該猫が飼い猫であることが判明した場合、通常の手術料金との差額を請求すること。
- 手術当日に、オス1頭につき5,500円(税込)、メス1頭につき11,000円(税込)の自己負担金を支払うこと。
- 猫の状態により、ノミダニの駆除や、入院が必要になった場合、費用はお申込者様の負担となること。
- 獣医師の判断で手術ができない場合もあること。
- 申込者以外の確認者2名(世帯が別の方)の署名捺印がされている本同意書を提出すること。

令和 年 月 日

申込者氏名 印

申込者住所

電話番号

[確認者記入欄] 上記申込者の猫は、飼い猫でないことを確認いたしました

確認者 (1)	住所			
	氏名	印	電話番号	
確認者 (2)	住所			
	氏名	印	電話番号	

※お申込には、飼い主のいない猫であることを証明する確認者2名の署名捺印が必要です。
※申込者・確認者(1)・確認者(2)は、それぞれ世帯が別の方に限ります。

手術実施報告（獣医師記入欄）

手術について	手術実施日	令和 年 月 日	猫の種類	()
			毛色	()
手術実施施設			性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
担当			年齢	()
			特記事項	

※獣医師は、手術後に上記実施報告を記入し、随時福岡県獣医師会事務局へFAX(092-751-4751)で送信してください。