（別記第７号様式）

豊島区長様

豊島区地域における動物の相談支援体制整備事業手術等完了確認書

当医院において豊島区地域における動物の相談支援体制整備事業実施登録団体から依頼を受けた以下手術等について、下記の通り完了しました。

１．手術等を完了した動物

決定通知番号　４豊　　発第　　号

決定対象動物番号　　番

申請実施団体名

２．完了した手術等　（実施した番号全てに〇）

①保護時の検査等（血液検査・検便検査・駆虫等）

②不妊手術　③去勢手術　④怪我・病気の治療

⑤ワクチン接種　⑥マイクロチップ装着

⑦入院（令和　　年　月　日～　　年　月　日）

⑧一時預かり（令和　　年　月　日～　　年　月　日）入院期間除く

※添付するもの

いずれも領収書のコピーを添付ください。

⑤ワクチン接種証明書のコピー⑥マイクロチップ装着証明書のコピー

令和　　年　　月　　日

動物病院の住所

動物病院の名前

登録獣医師の名前

※手術をする際は、手術依頼があった動物が、「豊島区地域における動物の相談支援体制整備事業実施申請書」（写し）添付の写真の動物と同一であることを確認してください。

※ 登録獣医師は、手術を実施することが適当でないと判断した場合は、当該手術を依頼した者にその理由を説明し手術を実施しないことができます。