

避妊去勢手術支援依頼書

年 月 日

熊本県動物愛護センター所長 様

(依頼者) 〒 -

住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

(日中連絡がとれる電話番号を記入)

飼い主のいない猫の避妊去勢手術に係る支援を受けたいので、飼い主のいない猫の避妊去勢手術支援事業実施要綱第5条第1項の規定により下記のとおり依頼します。

記

1 支援を受けたい猫の頭数 (頭)

2 活動計画

(1) 活動者人数及び活動者名簿 (人)

氏名	住所	電話番号

※依頼者本人についても記入すること。

※地域住民で構成された自治組織（以下「自治会等」という。）で依頼する場合は、依頼者を当該自治会等の代表者（例：〇〇区長〇〇 〇〇）とし、活動者名簿については、搬入予定者又は搬入の可能性のある者以外の者については「他〇〇区住民」等と省略することも可。

(2) 活動地域 (周辺)

(3) 地域住民への説明周知方法 ※該当するものを○で囲み、その他の場合は詳細を記入。

- ・回覧版
- ・チラシ配布
- ・説明会実施
- ・個別訪問
- ・その他 ()

3 その他

(1) 猫の搬入及び返還希望場所 (センター・保健所) ※希望する場所を○で囲む

(2) 捕獲器保有台数 (台) ※市町村等に借りる場合はその台数(予定で可)

(添付書類)

1 活動地域の見取図及び管理している猫の一覧(第1号様式別紙1)

2 飼い主のいない猫の避妊去勢手術支援依頼に係る確認書(第1号様式別紙2)

(以下、保健所記入)

※本人確認書類 運転免許証、 保険証、 その他 ()

第1号様式別紙1（第5条第1項関係）

活動地域の見取図及び管理している猫の一覧

1 活動地域の見取図

--

※別紙でも可

2 管理している猫の一覧

管理番号	支援 希望猫 (✓を記入)	性別 (該当するものを○で囲む)	毛色	その他特徴
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		
	<input type="checkbox"/>	オス・メス・不明		

※欄が不足する場合は追加してください。

※支援を優先的に希望する順番に記載をしてください。

第1号様式別紙2（第5条第1項、第5項関係）

飼い主のいない猫の避妊去勢手術支援依頼に係る確認書

内容を確認し、了承の上、チェックしてください。

- 1 本支援の依頼を行っている猫については、それが県内(熊本市を除く。以下同じ。)に生息する飼い主のいない猫(以下「対象猫」という。)であることを確認済みであること。
- 2 捕獲した対象猫に万が一、飼い主がいた場合のトラブルは、依頼者が一切の責任を持って対応すること。
- 3 対象猫は、避妊去勢手術(以下「手術」という。)後、捕獲した場所へ戻すこと。
- 4 対象猫の搬送容器は、逸走防止のため捕獲器とすること。
- 5 対象猫の搬送、手術の実施には次の危険性等が伴い、手術中及び術前術後には不測の事態及び死亡事故等が発生する可能性があること。
 - (1) 全身麻酔実施の際は、麻酔薬に対するアレルギー反応等による事故が起こりうること。
 - (2) 症状を呈していない対象猫であっても、既に病気に罹患している可能性があること。
 - (3) 屋外で生活する対象猫は、感染症に既に感染している可能性が高く、捕獲・入院によるストレスや手術に起因して発症することがあること。
 - (4) 発情中や妊娠中の雌を手術する際は、出血が多くなること。
 - (5) 子宮に奇形又は疾患がある場合は、身体的負担が大きくなること。
 - (6) 停留精巣の個体は、身体的負担が大きくなること。
 - (7) 高齢になるほど個体への身体的負担が大きくなること。
 - (8) その他、想定できない不測の事態が起こりうること。
- 6 対象猫の施術に伴う一時預かり、搬送、手術中及び術前術後の死亡並びに逸走等不測の事態が発生した場合であっても、保健所、動物愛護センター、手術者、手術補助者等に対しその責任を一切問わないこと。
- 7 手術を実施した対象猫に手術済であることを外見から判断できるよう、対象猫の耳の先端をV字にカット(以下「識別処置」という。)すること。
- 8 開腹後、手術済みであることが判明した場合は、識別処置を実施すること。
- 9 重篤な疾病に罹患している等、対象猫が手術の実施に適さない状態にあると判断した場合は手術を行わないこと。
- 10 手術は、全身麻酔下において次の方法で行うこと。
 - (1) 雌:卵巣、子宮のいずれか又は卵巣と子宮を合わせて摘出する手術を実施する。
ただし、妊娠している個体は、胎仔を子宮とともに摘出する。
 - (2) 雄:精巣を摘出又は精管を結さつする手術を実施する。
- 11 動物愛護センターは本支援事業に付随する医療行為のみ実施することとし、手術方法については動物愛護センター獣医師に一任すること。
- 12 県が、県内市町村(熊本市内を除く。)の地域猫活動推進等に寄与するため、依頼者の主たる活動地域を管轄する市町村に依頼内容(ただし、依頼者本人以外の活動者情報を除く。)を提供すること。
- 13 活動地域における活動状況について、センター職員が現場確認をする場合があること。

私は上記内容について確認し、同意しました。

年 月 日 氏名

第2号様式（第5条第5項関係）

避妊去勢手術支援変更依頼書

年 月 日

熊本県動物愛護センター所長 様

(依頼者) 〒 -

住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

(日中連絡がとれる電話番号を記入)

年 月 月に依頼した事項について、下記のとおり変更したいので、飼い主のいない猫の避妊去勢手術支援事業実施要綱第5条第5項の規定により下記のとおり依頼します。

記

1 変更事項 ※該当する事項の□にチェックを記入し、変更内容を記入すること。

(1) 対象猫の追加

支援を受けたい猫の頭数 (合計 _____ 頭)

(変更前 _____ 頭 + 追加 _____ 頭) 

(2) 活動者に関する事項の変更

変更内容

2 変更理由

(添付書類)

- 1 管理している猫の一覧、活動者人数及び活動者名簿（第2号様式別紙1）
- 2 飼い主のいない猫の避妊去勢手術支援依頼に係る確認書（第1号様式別紙2）

(以下、保健所記入)

※本人確認書類 運転免許証、 保険証、 その他 ()

第2号様式別紙1（第5条第5項関係）

管理している猫の一覧、活動者人数及び活動者名簿

1 管理している猫の一覧（対象猫を追加しようとする場合のみ記入）

管理番号	支援 希望猫 (✓を記入)	性別	毛色	その他特徴
	<input type="checkbox"/>			

※上記の一覧には、追加依頼する猫についてのみ記入すること。

※管理番号は、前回依頼時の管理番号に続く番号から記入すること。

2 活動者人数及び活動者名簿（活動者に関する事項を変更しようとする場合のみ記入）

活動者人数（ 人）

氏名	住所	電話番号

※上記の活動者人数及び活動者名簿については、変更後の内容を全て記入すること。（変更がない箇所についても改めて記入すること。）

※依頼者本人についても記入すること。