

どうぶつ福祉基金 利用申込書

受付番号 _____

どうぶつ福祉基金の利用申し込みをいたします。

飼い主様 地域猫責任者	氏名		
	住所		
	電話番号		
	メールアドレス		

治療および基金利用の同意の上、自筆で署名をお願いします。

地域猫署名	2人目		
	住所		
	氏名		
	電話番号		
地域猫署名	3人目		
	住所		
	氏名		
	電話番号		

※基金利用にあたっては、病院の指示に従い、虚偽の申し込みや迷惑行為等を行わないでください。

迷惑行為等であると病院が判断した場合は利用を中止することがあります。