

藤沢市さくらねこ無料不妊手術チケット使用希望申請書

年 月 日

藤沢市保健所長

申出者 住 所
氏 名
電話番号

藤沢市さくらねこ無料不妊手術チケットの使用を次のとおり希望します。

団 体 の 名 称	
代 表 者 氏 名	
メ ー ル ア ド レ ス	
申 請 枚 数	_____枚 【内訳】 オス _____枚 メス _____枚
使 用 予 定 の 動 物 病 院 名	
猫の捕獲予定日 捕獲予定場所	捕獲予定日：_____年____月____日から____月____日頃まで 捕獲予定場所：藤沢市_____
<input type="checkbox"/> 公益財団法人どうぶつ基金（以下、「基金」という。）によるチケットの使用 方法を理解し、申請します。 <input type="checkbox"/> チケットを使用する飼い主のいない猫等に対する不妊手術に伴い、生じた 事故等については一切の責任をもって対応します。 <input type="checkbox"/> チケット及びチケット使用权を譲渡、転売、第三者への再々分配等は行い ません。 <input type="checkbox"/> チケットを使用して手術を行う場合、何人からも金銭等（寄付金、交通費 等）を受け取りません。 <input type="checkbox"/> チケット使用后、その結果について報告します。 <input type="checkbox"/> 運営するホームページ（あるいは SNS 等）に、本事業について基金が作 成した定型文及び基金ホームページのハイパーリンクを掲載します。 <input type="checkbox"/> 基金ホームページ等で活動内容等が公開されることに同意します。	
<p>上記確認事項に同意し、登録します。</p> <p>年 月 日 申出者氏名_____</p>	