

様式2-1
(譲渡希望者用)

受付番号	
------	--

年 月 日

(宛先)
秋田市保健所長

〒
住 所

ふりがな
氏 名

電話番号

生年月日 年 月 日

ねこの飼い主紹介制度登録申込書

私が所有する猫を譲り渡したいので、次のことを理解、誓約し、犬およびねこの飼い主紹介制度に登録します。

- 譲渡しようとする猫は、次の要件を満たしています。
 - 健康で人に対して攻撃性や過度な警戒心がありません。
 - 咬み癖、マーキング等飼養上問題となる要因がありません。
- 譲渡しようとする猫の情報を保健所ホームページに掲載することに同意します。
- この制度を営利目的で利用しません。
- この制度で知り得た情報は、猫の譲受希望者との相互関係においてのみ利用し、他には一切漏らしません。
- 猫の譲渡にあたり、譲受希望者と何らかの問題が生じた場合、保健所に一切異議申し立てや損害請求をしません。
- この登録の有効期間は申込日から3ヵ月間とし、3ヵ月を経過したときは登録を抹消されることに同意します。

次により登録を抹消します。

取 扱 者 :

登録抹消年月日 : 年 月 日

登録抹消事由 : 有効期間経過

その他 ()

譲渡を希望する猫の情報

譲渡猫の写真貼付欄

写真の裏面に譲渡希望者の氏名を記入

種 類	雑種 ()	性 別	おす めす ()
生 年 月 日	年 月 日 歳 カ月	日中の 連絡先	
毛 色	白黒茶 ()	毛 の 長 さ	長い 短い
動物病院を利用したことはありますか (動物病院名) はい () いいえ			
その他 (特記事項がある場合記入)			
備 考※※			

※※：この欄には、保健所が記入しますので、何も記入しないでください。