（別記様式１）

令和　年度対策支援申込書

令和 　年 　月 　日

公益社団法人愛媛県獣医師会

会長　　　　　　　　様

TNRまたは地域猫活動団体（グループ）

団体又はグループ名：

住　　　所：

代表者氏名： ㊞

連　絡　先：

TNR　または地域猫活動を下記のとおり実施しますので、支援をしていただきますようお願いします。

記

１　TNRまたは地域猫活動の概要

（１）活動団体またはグループ名：

（２）活動参加者数：　　　　名

（３）活動開始（予定）時期：令和　　年　　月から

（４）活動の概要（活動地域を含め、できるだけ具体的に書いてください。）

TNR活動　・ 地域猫活動　　どちらか一方を ○ で囲んでください。

２　地域猫活動の場合飼育管理する代表者

（１）代表者氏名：

（２）住　　　所：

連　絡　先：

３　不妊手術希望頭数

頭数：　　　頭

４　不妊手術済みの確認方法　　　□耳先へのＶ字カット

５　支援対象活動（実施できたもの、または、実施が確約できるものについてレ点
を入れること。）

□不妊手術済みの猫への耳先へのＶ字カットを行うことを約束する。

□地域猫活動の場合、全てが把握できる飼育管理者が存在すること。

□糞の始末等の美化活動が定期的に行われている。

６　その他

□不妊手術・耳先V字カット以外の費用が発生した場合は自己負担で対応する。