

(別記様式1)

令和7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：

印

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いたします。

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。