

横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業登録動物病院登録申請書

年 月 日

横浜市動物愛護センター長

住所 〒

氏名

（法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名）

横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業登録動物病院として登録を受けたいので、横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

- 横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業補助金交付要綱第8条の各号の規定を遵守することに同意します。

施設名		
所在地	〒	
施設管理獣医師氏名		
施設管理獣医師の 獣医師免許情報	登録年月日	年 月 日
	登録番号	
電話番号		
FAX番号		
メールアドレス		