

様式1-1
(譲渡希望者用)

受付番号	
------	--

平成 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

犬の飼い主紹介制度登録申込書

私が所有する犬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。

- 譲渡しようとする犬は、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。
 - 狂犬病予防法に基づく犬の登録を受けています。
登録年度：平成 年度 鑑札番号：第 号
(生後90日以内の犬にあつては、親犬の登録年度および鑑札番号)
- 譲渡しようとする犬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、犬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。
- 犬の譲渡にあたり、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：平成 年 月 日
登録抹消事由：有効期間経過
その他 ()

譲渡を希望する犬の情報

譲渡犬の写真貼付欄

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	平成 年 月 日 歳 ヲ月	日中の 連絡先	
大きさ	大 中 小	毛の長さ	長い 短い
毛 色	白 黒 茶 ()	<u>動物病院の利用経験 (動物病院名)</u> あり () なし	
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。