

(様式第1号)

受付日 年 月 日

福島県知事 様

氏 名

住 所 〒

電話番号

生年月日 年 月 日

犬及び猫の譲渡申込書

下記のとおり、(犬 ・ 猫) の譲り受けを申し込みます。

記

1 譲渡を希望する理由	
2 動物の種類	<input type="checkbox"/> 成犬 <input type="checkbox"/> 子犬 <input type="checkbox"/> 成猫 <input type="checkbox"/> 子猫
3 性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不問
4 大きさ	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 不問
5 その他の希望する条件 (管理番号等)	

○ 飼養環境等についてご記入ください。

1 住居の状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て(持ち家・賃貸) <input type="checkbox"/> 集合住宅(分譲・賃貸) <input type="checkbox"/> 賃貸の場合(飼育可・飼育不可) <input type="checkbox"/> 集合住宅・賃貸の場合、動物の飼養が承認されていることが、規約等の文書で提出することができますか。(できる・できない) ※規約等の提出ができない場合は、不動産業者等に保健所から確認をとらせていただくので、連絡先をお願いします。 [名称: _____ Tel: _____]
2 転居の予定	有 ・ 無 ※有の場合、動物を連れて行けますか。(はい ・ いいえ)
3 飼養予定場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 (囲いの中で放し飼い ・ 繋 留) <input type="checkbox"/> 昼は屋外、夜は屋内
4 家族の状況	・ 家族の人数 () 人 [内訳 _____] ・ 主に世話をする人 () ・ 動物を譲り受けることについて、家族全員が同意していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 家族の中で喘息や動物アレルギーの有無 (有 ・ 無) ・ 家族の中での出産の予定の有無 (有 ・ 無) ・ 一人暮らし、高齢者又は身体障害者の場合、親族等の協力体制はありますか。(有 ・ 無)

○ 以下の設問にお答えください。

1 最期まで責任を持って飼えますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 毎日の散歩（犬の場合）、給餌、トイレの始末等の世話ができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 ワクチン接種や病気などによる治療の費用の負担ができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(犬の場合) 狂犬病予防法に基づく生涯一回の登録と毎年一回の予防注射を実施できますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 不妊・去勢手術を確実に実施できますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 他人に迷惑をかけないように、しつけをして適正に飼えますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(猫の場合) 屋内飼育できますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 譲渡後に、各保健所で実施する「飼い犬等のしつけ方教室」を受講できますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 今回、譲渡を希望している動物の飼養経験はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(「はい」の場合) 飼養していた動物が現在いない理由は何ですか。	<input type="checkbox"/> 老衰死 <input type="checkbox"/> 病死 <input type="checkbox"/> 事故死 <input type="checkbox"/> 人に譲った <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 保健所に引取依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()
8 現在、他に動物を飼養していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(「はい」の場合) 飼養している動物の種類、頭数	<input type="checkbox"/> 犬：オス 頭・メス 頭 不妊・去勢(有・無) 登録(有・無) 狂犬病予防注射(実施・未実施) <input type="checkbox"/> 猫：オス 頭・メス 頭 不妊・去勢(有・無) 屋内飼育(はい・いいえ) <input type="checkbox"/> その他 []

【保健所使用欄】

譲渡についての判断	<input type="checkbox"/> 適 当 <input type="checkbox"/> 不 適 当 [理由]
-----------	---

担当者	
-----	--