

（あて先）長崎市長

住 所

氏 名

（法人、団体にあつては、名称、代表者の氏名又は主たる事務所の所在地）

電話番号

長崎市ミルクボランティア登録要綱第5条、第6条の規定により、次のとおり申請します。

飼養責任者	氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	携帯電話 番 号		メー ル ア ド レ ス	
飼養場所の所在地	長崎市			
受入可能な子猫の頭数	頭			
個人のみ	飼養場所の状況	<input type="checkbox"/> 戸建て [<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家] <input type="checkbox"/> マンション・アパート等集合住宅 <input type="checkbox"/> 分譲 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 ()		※飼養場所について、簡単な見取り図で示すか、写真を添付してください。
	家族構成（同居）	続 柄 (年 齢) () () () () ()		
	同居家族の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	講習会の受講	<input type="checkbox"/> 有 (No.) <input type="checkbox"/> 無		
団体のみ	子猫の授乳及び排せつ介助経験	<input type="checkbox"/> 有（経験頭数： 頭 直近の経験年月： 年 月） <input type="checkbox"/> 無		
	活動者数	名		
現在の飼養動物の有無	<input type="checkbox"/> 飼養していない			
	<input type="checkbox"/> 飼養している [<input type="checkbox"/> 犬 頭 <input type="checkbox"/> 猫 頭 <input type="checkbox"/> その他 () 頭]			
	[犬] 登録及び狂犬病予防注射の実施	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 有 (頭) <input type="checkbox"/> 無 (頭) <input type="checkbox"/> 狂犬病予防注射 <input type="checkbox"/> 済 (頭) <input type="checkbox"/> 未済 (頭)		
	[猫] 完全室内飼いの実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	[犬・猫] ワクチンの接種	<input type="checkbox"/> 有 (頭) <input type="checkbox"/> 無 (頭)		