

# 動物保護依頼書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 TWFの会  
理事長 望月 孝史 様

〒 ー

住所

氏名

印

電話番号

私は、下記動物の所有権及び当該動物に係る一切の権限を放棄し、無条件、無償にて、貴会に保護、飼養・しつけ・管理を依頼致します。今後、当該動物の取扱いについては、すべて貴会にお任せし、いかなることについても一切の要求、異議申し立てをしないことをお約束致します。

保護動物のとの関係					
動物種類	犬、猫、その他（ ）	種類		毛色	
呼名		性別	雄・雌	年齢	
特徴	特記事項				
入手経路	<input type="checkbox"/> 飼い犬、飼い猫から生まれた <input type="checkbox"/> 親戚、友人から譲り受けた <input type="checkbox"/> ペットショップ、ブリーダー等から購入 <input type="checkbox"/> 迷っているのを保護した <input type="checkbox"/> 餌を食べさせている（野良犬・野良猫であることを <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認） 又は野良犬・猫と判断した理由（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
引取依頼理由					
性格	<input type="checkbox"/> よく慣れている <input type="checkbox"/> 他人にはなつかない <input type="checkbox"/> 噛み癖がある <input type="checkbox"/> 無駄吠えする <input type="checkbox"/> 食欲旺盛 <input type="checkbox"/> やんちゃ <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 問題行動がある（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
現在の飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内（ <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 屋外（ <input type="checkbox"/> 犬小屋 <input type="checkbox"/> 物置 <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 屋内外への自由な出入り <input type="checkbox"/> ケージの使用（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）				
予防注射 ワクチン 接種歴	ワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> 有（時期： 年 月、種類（ ）） <input type="checkbox"/> 無 フィラリア <input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 最近していない 狂犬病 <input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 最近していない マイクロチップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
主食	<input type="checkbox"/> ペットフード（ <input type="checkbox"/> ドライのみ <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> 人間用食べ物				
病歴	<input type="checkbox"/> 有（病名： ） <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 未完治 <input type="checkbox"/> 有（病名： ） <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 未完治 <input type="checkbox"/> 無				

注1、依頼者は、本人の確認できる書類（運転免許証、住民票又は健康保険証等公的機関により本人が確認できる書類）を提示してください。

2、氏名を自署する場合には、押印を省略することが出来ます。

3、依頼者が所有者以外の場合は、別紙の委任状と代理人の本人確認書類が必要となります。

## 事務所使用欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書
------	--