**様式２－１**

**（譲渡希望者用）**

|  |  |
| --- | --- |
| **※**  **受付番号** |  |

**年　　　月　　　日**

**（宛先）**

**青森市保健所長　様**

**〒**

**住　　所**

**ふりがな**

**氏　　名**

**電話番号**

**猫の里親探しポスト登録書**

**私が所有する猫を譲り渡したいので、下記に同意し、あおもりしワンニャン里親探しポストに登録します。**

記

**１　譲渡しようとする猫の情報を市ホームページに掲載することに同意します。**

**２　この登録の有効期間は申込日から３ヵ月間とすることに同意します。**

**３　譲受（飼育希望）者に対して氏名等の情報を提供することに同意します。**

**４　このポストで知り得た情報は、猫の譲受（飼育希望）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。**

**５　譲渡にあたり、譲受（飼育希望）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。**

**６　譲渡しようとする猫は無償で譲渡します。**

**７　譲渡しようとする猫は健康です。**

|  |
| --- |
| **※　登録年月日：　　　　年　　月　　日**  **抹消年月日：　　　　年　　月　　日** |

**※：この欄は保健所が記入します。**

**譲渡を希望する猫の情報**

|  |
| --- |
| **譲渡猫の写真貼付欄**  **写真の裏面に譲渡希望者の氏名を記入** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **種　類** |  | **性　別** | **オ　ス　・　メ　ス** |
| **生年月日** | **年　　月　　日**  **歳　　ヵ月** | **毛　色** | **白　　・　　黒　　・　　茶**  **（　　　　　　　　）** |
| **毛の長さ** | **長い　　　　短い** | **動物病院の利用経験（動物病院名）**  **あり（　　　　　　　　　）　なし** | |
| **日中の**  **連絡先** |  | | |
| **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。**