**様式１－１**

**（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**

**犬の里親探しポスト登録書**

**私が所有する犬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　譲渡しようとする犬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、犬の譲受（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　譲渡しようとする犬は無償で譲渡します。**

**７　譲渡しようとする犬は健康です。**

**８　狂犬病予防法に基づく犬の登録を受け狂犬病予防注射を受けています。**

**登録年度：平成　　年度　　　　鑑札番号：第　　　　　　号**

**注射済標：　　　　　　　号**

**（生後90日以内の犬にあっては記載不要）**

|  |
| --- |
| **※　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**    |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **犬　種** |  | **性　別** | **オ　ス　・　メ　ス** |
| **生年月日** | **年　　月　　日****歳　　ヵ月** | **大きさ** | **大　　・　　中　　・　　小** |
| **毛の長さ** | **長い　　・　　短い** | **毛　色** | **白　　・　　黒　　・　　茶****（　　　　　　　　）** |
|  **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。**