

PCC縁結びプログラム 譲渡同意書 兼 預け入れ書

※譲渡猫の移送前に、必ず利用規約をご確認ください。

【利用規約】



■送付者情報 ※該当箇所にて印を入れてください

規約同意	<input type="checkbox"/> PCC縁結びプログラムの利用規約に同意し、猫を譲渡します。
お名前 (PCC会員名)	
PCC会員番号	
ご住所 (クレート返送先)	〒 -
お電話番号	
クレート返送	<input type="checkbox"/> 返却不要 <input type="checkbox"/> 返却 (着払い)

■移送前確認事項 ※該当箇所にて印を入れてください

ワクチン接種状況	[種類] _____種混合： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (回数： 回)			
同封書類	ワクチン 接種証明書	<input type="checkbox"/> 同封済み		
	血統書	<input type="checkbox"/> 同封済み <input type="checkbox"/> なし		
	マイクロチップ 登録証明書	<input type="checkbox"/> 接種証明書ではなく、登録証明書を同封済み		
譲渡猫のケア	体毛 (毛玉等)	<input type="checkbox"/> 済み	耳 (耳掃除)	<input type="checkbox"/> 済み
	目 (目ヤニ)	<input type="checkbox"/> 済み	爪 (爪切り)	<input type="checkbox"/> 済み
健康診断	最終受診日： 年 月 日			
	診断書： <input type="checkbox"/> 同封済み <input type="checkbox"/> なし			
	診断結果： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (詳細：)			

受入拠点		受入担当者	
受入日	年 月 日	譲渡日	年 月 日

■譲渡猫情報 ※該当箇所にて印を入れてください

生体ID			
マイクロチップ 登録番号			
品種			
毛色			
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	生年月日	年 月 日
病歴・症状	病歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名：)		
	完治時期：		
	症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状：)		

■投薬情報 ※過剰投薬防止の為、該当箇所にて印を入れてください

駆虫薬 (内服)	<input type="checkbox"/> あり → 記載	投薬期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	薬品名 (商品名)：
駆虫薬 (塗布)	<input type="checkbox"/> あり → 記載	投薬期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	薬品名 (商品名)：
その他	<input type="checkbox"/> あり → 記載	投薬期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	薬品名 (商品名)：

備考欄 (その他連絡事項や同封書類等があれば、こちらにご記入ください)