様式２

手術実施動物病院の概要　　　　　　　　　No.

|  |
| --- |
| 病院名：獣医師（手術実施者）氏名：病院所在地：　　　　　　　　　　　 |
| 連絡担当者氏名： | 電話番号：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡窓口（メールアドレス）：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 診療時間等診療時間：午前　　時～　　時、午後　　時～　　時休診日　： |

※　応募者が京都市内に所在している動物病院の開設者が複数加盟している法人の場合は、本事業により避妊去勢手術の実施者となることを希望する全ての動物病院について、本用紙を作成してください。