

様式第5号

同 意 書

年 月 日

様

住所

名前

電話番号

私は、無料不妊手術チケットについて、以下の内容について事前に説明を受け、確認のうえ同意します。

記

1. コンベニア（抗生物質）の費用について以下の内容で支払います。

（不要・必要                  円）

2. その他の医療費（治療が必要なケガや病気が見つかった場合）について、以下のよう  
に支払います。

（治療する・治療しない）

また、治療する場合は希望する治療の程度や費用負担について以下のように取り決めます。

3. 責任について、以下のことに同意します。

- ・捕獲および搬送作業には、猫の逃走、負傷、体調悪化等の不測の事態が生じる可能性があること。
- ・当事業について、朝倉市およびボランティア協力者に責任追及を行わないこと。

以上