



แบบฟอร์มการขอความช่วยเหลือการทำหมันแมวจร

เลขที่เอกสาร.....

วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....สกุล

อายุ..... ปี อาชีพ

สถานที่ทำงาน

เลขที่บัตรประชาชน

ออกโดย

วันที่ออกบัตร

วันหมดอายุ

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่

อาคาร

ซอย

ถนน

แขวง..... เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

มือถือ

E-Mail

มีความประสงค์

ที่จะขอความช่วยเหลือการทำหมันแมวจร ในวันที่

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

● สถานที่ที่แมวจรอยู่อาศัย

● จำนวนแมวจรที่ต้องการทำหมัน

● ชื่อผู้ดูแล หรือให้อาหารแมวจร ในสถานที่นั้น

○ ชื่อ.....นามสกุล

○ ชื่อ.....นามสกุล

○ ชื่อ.....นามสกุล

● หากท่านต้องการให้มูลนิธิฯ เป็นผู้ประสานงานในการขอใช้พื้นที่ในการทำหมัน กรุณากรอกรายละเอียด ชื่อสถานที่

ชื่อผู้ติดต่อ

โทรศัพท์

● หากท่านต้องการขอขี้ม กรง/ตระกร้า ในการขังแมวก่อนหรือหลังทำหมัน กรุณากรอกรายละเอียด

จำนวนกรง

จำนวนตระกร้า

ใบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าจะปฏิบัติและดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการขอความช่วยเหลือการทำหมันแมวจร ที่ทางมูลนิธิฯ กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

ลงชื่อ

()

ลงชื่อ

()

คณะกรรมการของมูลนิธิฯ มีมติลงวันที่

เห็นชอบ และให้ดำเนินการทำ

หมันในวันที่

ไม่เห็นชอบ เพราะ

ลงชื่อ

()