

愛犬の遺伝子検査 申込書

申込書にご記入いただく内容が、報告書に反映されますので、記入漏れ・お間違え等ないようにご記入ください。

*の項目は必ずご記入ください。 お客様について	
ご依頼日*	西暦 20 年 月 日
お申込者名*	ふりがな
	※お申込みが企業・団体からの場合は、企業・団体名とご担当者のお名前をご記入ください。
ご住所*	〒 -
飼い主様氏名 動物病院様のみご記入下さい*	
動物病院様のみ チェックしてください*	アークレイ経由でのお申込み <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
電話番号*	() -
FAX	() -
メールアドレス*	@

検査を受ける 愛犬について	
呼び名* 英文報告書は日英名両方	※英文報告書をご希望された場合は日英名両方をご記入ください。
犬種*	
生年月日*	西暦 年 月 日
性別*	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀
血統書登録番号	
マイクロチップID	
遺伝子検査 項目* お申込みいただいた検査項目にチェックしてください ◎ゴールデンレトリバーのPRAとオーストラリアンシェパードのCLは検査対象遺伝子も選択してください	<input type="checkbox"/> PRA 進行性網膜萎縮症 <input type="checkbox"/> CEA コリー眼異常 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> TNS 遺伝性好中球減少症 <input type="checkbox"/> GM1 ガングリオシドーシス <input type="checkbox"/> vWD フォンヴィレブランド病 <input type="checkbox"/> DM 変性性脊髄症 <input type="checkbox"/> HC 遺伝性白内障 <input type="checkbox"/> FN 家族性腎症 <input type="checkbox"/> MDR-1遺伝子変異 <input type="checkbox"/> HUU 高尿酸尿症 <input type="checkbox"/> CL セロイドリポフスチン症 <input type="checkbox"/> オーストラリアンシェパードのCL : <input type="checkbox"/> CLN6 <input type="checkbox"/> CLN8 <input type="checkbox"/> ゴールデン・レトリバーのPRA : <input type="checkbox"/> SLC4A3 <input type="checkbox"/> TTC8 <input type="checkbox"/> prcd
【備考】 ◎愛犬の気になる様子や症状等についてご記入ください。	

【検査窓口】 動物病院の確認・受付印	
-----------------------	--

◎この申込書にご記入いただいた内容は、株式会社VEQTAが管理し、犬の遺伝子検査関連以外の目的には使用致しません。

【検査施設・検体送付先】
株式会社VEQTA 検査ラボ
〒660-0083 尼崎市道徳町7-1-3 尼崎リサーチ・インキュベーションセンター 304
株式会社クオルテック内 VEQTA遺伝子検査ラボ

【検査元】
株式会社VEQTA
URA: <http://www.veqta.jp>

