

愛猫の遺伝性疾患検査 申込書

お客様について *の項目は必ずご記入ください。	
ご依頼日 *	西暦 20 年 月 日
お名前/動物病院名 *	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 *	〒 -
患者様氏名 <small>動物病院様のみご記入下さい*</small>	
電話番号 *	() -
FAX	() -
メールアドレス	@

検査を受ける 愛猫について	
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。
猫 種 *	
生年月日（年齢） *	西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)
性 別 *	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀
遺伝性疾患検査 項目 * ご希望の検査項目に チェックしてください	<input type="checkbox"/> PKD 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> PK-Def ピルピン酸キナーゼ欠損症 <input type="checkbox"/> HCM 肥大型心筋症 <input type="checkbox"/> OCD 骨軟骨異形成
【備 考】 <small>◎愛猫の気になる様子や症状等について ご記入ください。</small>	

【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、犬の遺伝疾患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 大阪5番
〒590-0906 大阪府堺市堺区三宝町4-230

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

