犬の遺伝性緑内障検査　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 動物病院様のみご記入下さい＊	
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（年齢）＊	西暦　　年　　月　　日　（　　歳　　ヶ月　）
性　別＊	□　オス　♂　　□　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 ◎ゴールデンレトリーバーの PRAは検査対象遺伝子も 選択してください	□　PRA 進行性網膜萎縮症　　□　CEA コリー眼異常 □　CL セロイドリポフスチン症　　□　TNS 遺伝性好中球減少症 □　GM1 ガングリオシドーシス　　□　vWD フォンヴィレブランド病 □　緑内障　　□　HC 遺伝性白内障 □　FN 家族性腎症　　□　DM 変性性脊髄症 □　HUU 高尿酸尿症　　□　HD 股関節形成不全 □　イベルメクチン中毒/MDR-1遺伝子変異 □　ゴールデン・レトリーバーのPRA　：　□ PRA1　□ PRA2　□ 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 大阪ラボ
〒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

Veqta

愛媛県公式
マスコットキャラクター
「みきゃん」