

## 愛猫の遺伝性疾患検査 申込書

お客様について	
ご依頼日*	年 月 日 *の項目は必ずご記入ください。
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 愛猫について	
呼び名*	
猫種*	
年齢*	歳
性別*	<input type="checkbox"/> ♂オス <input type="checkbox"/> ♀メス
遺伝性疾患検査 項目* ◎ご希望の検査項目を 選択してください。	<input type="checkbox"/> PK-Def ピルビン酸キナーゼ欠損症 <input type="checkbox"/> PKD 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> HCM 肥大型心筋症 <input type="checkbox"/> 遺伝性骨軟骨形成不全症
【備考】 ◎愛猫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、猫の遺伝疾患検査関連以外の目的には使用致しません。

【検査元・資料送付先】株式会社VEQTA 大阪ラボ  
〒590-0906 大阪府堺市堺区三宝町4-230  
TEL:072-228-6121 FAX:072-226-7176

【検査元・資料送付先】  
株式会社VEQTA  
URL: <http://www.veqta.jp>



愛媛県公式  
マスケットキャラクター  
「みきやん」