

愛犬の遺伝性疾患検査 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*	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 愛犬について	
呼び名*	
犬種*	
年齢*	歳
性別*	<input type="checkbox"/> ♂オス <input type="checkbox"/> ♀メス
遺伝性疾患検査 項目* <small>◎ご希望の検査項目を選択してください。</small>	<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"/> CL セロイド・リポフスチン症 <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 フォンビルブランド病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> HC 遺伝性白内障 <input type="checkbox"/> FN 家族性腎症 <input type="checkbox"/> DM 変性性脊髄症 <input type="checkbox"/> イベルメクチン中毒/MDR-1遺伝子変異
【備考】 <small>◎愛犬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
URA: <http://www.veqta.jp>

