

## 愛猫の遺伝性疾患検査 申込書

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

検査を受ける 愛犬について											
<b>呼び名*</b>											
<b>猫種*</b>											
<b>年齢*</b>	歳										
<b>性別*</b>	<input type="checkbox"/> ♂オス <input type="checkbox"/> ♀メス										
<b>遺伝性疾患検査項目*</b> <small>◎ご希望の検査項目を選択してください。</small>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 進行性網膜萎縮症</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ビルビン酸キナーゼ欠損</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 肥大型心筋症</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ムコ多糖症</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> GM2ガングリオシドーシス</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ニーマンピック病</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 骨軟骨異形成</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 進行性網膜萎縮症	<input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎	<input type="checkbox"/> ビルビン酸キナーゼ欠損	<input type="checkbox"/> 肥大型心筋症	<input type="checkbox"/> ムコ多糖症	<input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症	<input type="checkbox"/> GM2ガングリオシドーシス	<input type="checkbox"/> ニーマンピック病	<input type="checkbox"/> 骨軟骨異形成	
<input type="checkbox"/> 進行性網膜萎縮症	<input type="checkbox"/> 多発性嚢胞腎										
<input type="checkbox"/> ビルビン酸キナーゼ欠損	<input type="checkbox"/> 肥大型心筋症										
<input type="checkbox"/> ムコ多糖症	<input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症										
<input type="checkbox"/> GM2ガングリオシドーシス	<input type="checkbox"/> ニーマンピック病										
<input type="checkbox"/> 骨軟骨異形成											
<b>【備考】</b> <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>											

<b>【検査窓口】</b> <small>動物病院の確認・受付印</small>	
---	--

◎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、猫の遺伝性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>



愛猫検公式  
マスコットキャラクター  
「みきゃん」