

## 愛犬の親子判定検査 申込書（親）

お客様について <span style="float: right;">*の項目は必ずご記入ください。</span>	
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 愛犬について	
呼び名* <b>英文報告書は日英名両方</b>	※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*	西暦                      年                      月                      日
性別*	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀
依頼内容*	親犬1頭の申込書のみで構いませんので、できるだけ詳しくご依頼内容の記入をよろしくお願いたします。
【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】 <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、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  
〒660-0083 尼崎市道徳町7-1-3 尼崎リサーチ・インキュベーションセンター 304  
株式会社クオルテック内

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

