

検査申込書

FAX: 042-710-5596

FAX

【以下の必要事項をご記入後、上記 FAX 番号へお送り下さい】

●お客様情報

お名前

ふりがな

ご住所

〒

電話番号 (ご自宅もしくは携帯電話)

FAX 番号

代金のお知らせや検体到着の確認をするために、協会よりご連絡させていただきますので、必ずご記入下さい

●区分

ブリーダー様 飼い主様

●お申込み検体数 (検査に必要な書類を検体数分お送り致します)

口腔粘膜検体: 個

血液検体: 個

() 採血管が必要な場合は○を入れてください

ご希望検査項目と犬種

① 検査項目:	犬種:
② 検査項目:	犬種:

※2 検査以上ご希望の場合は、下記備考欄へ詳細をご記入下さい。

●お支払い方法

銀行振込 代金引換 (お急ぎの場合は代金引換をご選択下さい)

●備考欄

お申込みフォームに記入されたご住所へお送りいたします。
お申込みから一週間以内に書類が届かない場合にはお手数ですが確認のお電話を下さい。(土日祝休業)