

<柴犬の緑内障遺伝子検査のお申込みの流れについて>



サンアイビス株式会社

1. ペットオーナー様から検査の依頼を受けたら**検査申込書に必要事項を記入**する。
2. 申込書は、総代理店のサンアイビスに **FAX（番号 042-850-6421）** 又は**メール（order@sunibis.co.jp）** に添付し送付する。
3. サンアイビスから受付を了承した旨、メールもしくは FAX にて返信があるので確認をする。
4. **検査を実施**する。
5. 速やかに**検体と申込書の原紙を(株)VEQTA に送付**する。
6. 検査結果と同時に請求書が送られてくるので、**検査料金（@9,000 円税別）を(株)VEQTA に振込む**。
7. ペットオーナーに**検査結果を報告**する。

同手続きに関してご不明な点があれば、サンアイビス株式会社コールセンター（0120-202774）にご連絡下さい。

〔受付時間〕 平日 午前 10：00～午後 16：00

以上

— 申込書を検体に同梱される前に、FAXまたはメールで送信してください —

FAX No. : 042-850-6421 メールアドレス : mailmagazine@sunibis.co.jp

柴犬の遺伝性緑内障検査 申込書 (検体発送時に同梱してください)

申込書にご記入いただく内容が、報告書に反映されますので、記入漏れ・お間違い等ないようにご記入ください。

*の項目は必ずご記入ください。 お客様について	
ご依頼日*	202 年 月 日
動物病院様名*	ふりがな -----
ご住所*	〒 -
電話番号*	() -
FAX	() -
メールアドレス*	@
飼い主様氏名	

検査を受ける 愛犬について	
特急検査	特急でご依頼の場合は <input type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> *特急料金 +2,000円
犬種*	柴犬 ・ 豆柴 ・ 小豆柴
呼び名*	
生年月日*	西暦 年 月 日
性別*	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀
カルテ番号	
マイクロチップID	

検査を受ける 愛犬について	
特急検査	特急でご依頼の場合は <input type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> *特急料金 +2,000円
犬種*	柴犬 ・ 豆柴 ・ 小豆柴
呼び名*	
生年月日*	西暦 年 月 日
性別*	<input type="checkbox"/> オス ♂ <input type="checkbox"/> メス ♀
カルテ番号	
マイクロチップID	

©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、犬の遺伝子検査関連以外の目的には使用致しません。

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



***ご不明点はサンアイビス・コールセンター 0120-202-774 までお問合せください。**

検体送付予定日 202 年 月 日