

お申し込み日 平成 年 月 日

下記をご記入いただき、お手数ですがFAXにてお送りください。基本的にすべての項目が必須事項となります。

FAX 番号 0824-62-5989

CT 撮影申込用紙

動物病院名 _____ / 院長名 _____

病院住所 〒 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____ @ _____

担当医名 _____ / 飼い主様名 _____

*****ペット情報*****

ペット名 _____ / 動物の種類 _____

性別 オス メス 去勢オス 避妊メス

年齢 _____ 才 / 体重 _____ Kg

*****その他情報*****

来院者 患者の家族が来院 担当医が来院

実施済み検査	
撮影目的・撮影部位	
症状・経過	
撮影希望日	第 1 希望 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 第 2 希望 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃