

再生医療申し込み票 FAX 用紙

記入日： 年 月 日

◆飼い主様の情報			
ふりがな		電話番号	— —
お名前			
ご住所	〒 —		
E mail			

◆ペットの情報				
ふりがな		犬・猫	種類	
お名前				
性別	♂ ・ ♀	生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)	
病名と症状（わかる範囲で結構です。）				
ご希望の治療（いずれかを○で囲んでください。）				
幹細胞療法 ・ 免疫細胞療法（がんワクチン）				
治療希望日（いずれかを○で囲んでください。） ※細胞療法の実施は午後3時～午後6時までとなります。				
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日				
質問などあればご記入ください。				
※電話での説明を希望されますか？（いずれかを○で囲んでください。） はい ・ いいえ				

上記ご記入の上、お申込みください。

FAX : 011-374-6371



動物再生医療研究所



札幌市東区北16条東7丁目2-10

TEL : 011-374-6301