

<AHB> 遺伝子検査 お客様情報登録用紙 兼 同意書

私は、本サービスについて別紙の利用規約に同意し、本書類を提出いたします。

日付	20 年 月 日	ご署名	
----	----------	-----	--

※動物取扱業登録証に記載の動物取扱責任者の方のご署名をお願いいたします。
法人にあっては代表者のご署名をお願いします。

販売店	株式会社AHB	会員No. ※ご不明の場合は 記載不要							
事業所名		検査申込み 予定頭数							頭
ご住所	〒 ー 都道 府県								
お電話番号									
メールアドレス									

検査結果および費用のご請求書類送付先が上記と異なる場合は、以下に各送付先情報をご記入ください。

(1) 結果送付先情報

結果送付先 宛名									
結果送付先 ご住所	〒 ー 都道 府県								
メールアドレス									

(2) 費用ご請求書送付先情報

ご請求書送付先 宛名									
ご請求書送付先 ご住所	〒 ー 都道 府県								
お電話番号									
メールアドレス									

AP1803

アニコムパフェ株式会社

アニコム先進医療研究所株式会社

〒160-0023

郵送もしくはFAXしてください

東京都新宿区西新宿8-17-1 住友不動産新宿グランドタワー39F

アニコム パフェ株式会社 遺伝子検査チーム

FAX : 03-6863-2211