

CT 撮影申込書

平成 年 月 日

CT 撮影を申し込みます。

病院名 _____ 院長名 _____

住所 _____

電話番号 _____

撮影日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 AM・PM

撮影目的 _____

症状・検査結果等

撮影部位 _____

所有者名 _____

動物の種類 _____ 名前 _____ 体重 _____ kg

生年月日 _____ 性別 オス・メス

キャンセルの場合は、下記取消依頼書に署名頂き、FAX にて送信願います。

連絡事項

切り離さないで下さい

CT 撮影取消依頼書

平成 年 月 日

上記撮影予定の取消を依頼します。

病院名 _____ 院長ご署名 _____

キャンセルの場合は、この取消依頼書を坂田動物病院まで FAX してください。