

献血予約フォーム

日本動物高度医療センター宛

献血に協力いたします。予約をお願いします。

1. 飼主様および動物情報

(ふりがな)		電話番号	
飼い主名		携帯電話	
		ファックス	
(ふりがな)			
住所	〒		
動物名		品種	
動物種	犬・猫	毛色	
性別	オス・メス	生年月日	年 月 日
	去勢・避妊 未・済⇒(年 月ごろ)		歳 カ月
マイクロチップ ID			

2. 予約ご希望日

第1希望日	月 日()	第2希望日	月 日()
備考			

3. 大切な情報

かかりつけ 病院名	
住所	
電話番号	
今までにかかった病気	(いつ頃)
過去の献血の 経験	年月日; 年 月 日 場所;
当センターで 受診経験がある	ない・ある (同居の犬・猫の受診歴についてもご記入ください)
その他	

【重要】

- ・献血は予約制です。当センターより予約日をご連絡いたしますので、必ず予約日をご確認ください。
- ・お越しになる際は、後日お送りする「来院に際しての注意事項」を良くお読みになり、お越してください。

以下、JARMeC 確認欄

受付担当	担当医	確定連絡者	確定日時	月 日 時	ラウンジ配布
------	-----	-------	------	-------	--------