

トリミング カルテ

お客様登録欄

受付日

年

月

日

お名前	フリガナ	◆ペット名	
	様		
ご住所	〒 -	◆犬種	
		◆誕生日	年 月 日
ご連絡先	電話番号：	◆性別	オス ・ メス
	携帯番号：	◆年齢	才
	E-MAIL：	◆体重	kg
備考	かかりつけ動物病院		ノミ・ダニ <input type="checkbox"/> 対策済
	予防接種（証明書のコピーをご持参ください）		
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン済		<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン済
	今までに大きな病気やアレルギーなどありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		インターネットでの公開
はいと答えた方 内容（		）	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
わんちゃんの苦手な事、おやつあげ可否、その他気になる事があればお書きください。			

ブルー部のみ記入してください。

コメント（*当店にて記入）