



ALLERCEPT™ パネルテスト 動物病院登録用紙

カタカナ

■ 貴 院 名 :

カタカナ

■ 院 長 名 :

カタカナ

■ 担当医師名 :

〒

■ ご 住 所 :

■ TEL : ()

■ FAX : ()

■ E-mail :

備考 登録するに当たり貴院の情報をHP上に掲載させて頂いてよろしいでしょうか？

はい・いいえ



■ 問合せ窓口

株式会社 サルーン

〒600-8446 京都市下京区高辻通堀之内町272-7 日宝京都3号館3F
TEL 075-352-3305 FAX 075-352-3303

■ 検査委託先

株式会社 ファルコバイオシステムズ