

利用申込書

●申込日
20 年 月 日

特 別 会員様	社 () 特 ()
------------	----------------

受付スタッフ



受付店舗
店

身分証確認 20 年 月 日 NO.
☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ パスポート ☐ その他()

お客様記入欄

(ふりがな)			
●お客様氏名	様	Member'S NO.	
●住所 〒	都道府県 市区町村		
		●マンション等	
●ご自宅電話番号		●緊急ご連絡先電話番号	
●E-Mail	@		

※いずれかの項目にレ点をつけてください

●ご来店経緯	☐ 店頭 ☐ 当社ホームページ ☐ dogcafe.jp ☐ その他ホームページ（サイト名：)
	☐ 新聞折込チラシ（新聞名：) ☐ ポスト投函チラシ
	☐ 手配り ☐ 雑誌・フリーペーパー（媒体名：)
	☐ ポスター・看板 ☐ 紹介（ご紹介者様のお名前：)
	☐ その他（)

●ペットスノからのお得な情報を配信を	☐ 希望する [☐ DM ☐ メルマガ ☐ お電話 ☐ どれでも良い] ☐ 希望しない
--------------------	---

ペットについて

●ペットのお名前	●ペットの生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳
●ペットの種類	●毛色・特徴
●性別 ☐ オス ☐ メス	●避妊・去勢 ☐ 済 ☐ 未
●伝えておきたいこと	●かかりつけの病院名： 電話番号：
●ペットのお名前	●ペットの生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳
●ペットの種類	●毛色・特徴
●性別 ☐ オス ☐ メス	●避妊・去勢 ☐ 済 ☐ 未
●伝えておきたいこと	●かかりつけの病院名： 電話番号：

※いずれかの項目にレ点をつけてください

●動物病院で病気やケガの治療を受けたことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
●現在治療中の病気はありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
●食べ物・薬物によるアレルギーはありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
●トリミングによる皮膚のトラブルの経験はありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
●トリミングによるケガの経験はありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()
●トリミングについて伝えておきたいことがありますか？	☐ いいえ ☐ はい ()

PET - SPA記入欄

●狂犬病予防注射	最終接種日 20 / /	●混合ワクチン	最終接種日 20 / /
	最終接種日 20 / /		最終接種日 20 / /
●性格や特徴			