シグニ株式会社 行

「シグニペット薬局」利用申込書

当院は、以下内容について、理解および了承をしたうえで、貴社「シグニペット薬局」のサービス利用を申し込みます。

●サービス利用にあたり、飼い主様の個人情報を貴社に開示する事等の個人情報の取扱いについて、予め飼い主様の同意を得るものとします。

●サービス利用にあたり、当院から貴社への処方依頼は担当獣医師が責任をもって行い、獣医師以外から指示や依頼は一切行いません。

・お申込日　：＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

・病院ご住所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・病院名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・ご連絡先電話番号　：＿＿＿＿ー＿＿＿＿ー＿＿＿＿

・お申込者（獣医師）ご氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

以上

ー・

★資料の送付先★

①メール（PDF 添付）の場合…pet-pharmacy@cygni.co.jp

②郵送の場合…〒335-0036 埼玉県戸田市早瀬 1-23-11 シグニペット薬局宛