

医療機関様(非会員施設様)用・お薬手帳注文書

No.

一般社団法人岩手県薬剤師会 御中

発注日 令和 年 月 日

(岩手県薬剤師会FAX 019-653-2273)

下記のとおり、注文致します。

注文者(請求及び送付先) CD:

住所:

受取方法 来館 (来館日 R 年 月 日)

名称:

送付

代表者名:

支払方法: 来館受取時現金

TEL:

請求書受理後速やかに

FAX:

その他(月末締め翌月10日払い・等)

担当:

注文内容			数量	価格(税別)	金額
No.	商品名	注文単位			
	お薬手帳	1冊		30円	
			小計		
			送料		
			小計+送料 計		
			消費税(10%)		
			合計		

備考	
----	--