

平成26年4月1日からの価格表

伝票番号

岩手県薬剤師会 行 FAX: 019-653-2273

# 注文書

年 月 日

市町村

名称

〒

住所

↑送付の場合は住所をご記入願います。

CD

電話

※ 送付・来館ともに翌日発送・翌日受け取りに御協力願います。

受け取り方法 (どちらかに○を付けて下さい)

1. 送付 (注文書を納品書として添付)

2. 来館 (1. 領収証 2. 請求書)

(来館日 月 日)

↙ 来館日は必ず御記入下さい

種類	単価(税込)	注文数	金額 (円未満四捨五入)
お薬手帳 10冊単位	307.8円	冊	

※太字のところを御記入下さい。 御購入は10冊単位でお願いいたします。

※ 請求書払いの場合 … 月末締め 翌月初旬請求

県薬記入欄	送料	
	合計金額	