

(新様式)

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)

送付

名称:

代表者名:

支払方法: 来館受取時現金

請求書受理後速やかに

その他(月末締め翌月10日払い・等)

TEL:

FAX:

担当:

合計金額

(税込)

| 注文内容 | | | | 数量 | 価格(税別) | | 金額 |
|------|--------------|-------------|------|-----------|--------|-------|----|
| No. | 商品名 | 仕様・様態 | 注文単位 | | 会員 | 非会員 | |
| 1 | 国保 請求書 | A4 (1冊20枚) | 1冊 | 冊 | 190 | 190 | |
| 2 | 後期高齢者 請求書 | A4 (1冊20枚) | 1冊 | 冊 | 149 | 149 | |
| 3 | 薬歴カード | A4 10枚 | 10枚 | 枚 | 104 | 200 | |
| 4 | 補足紙 A | 変形 10枚 | 10枚 | 枚 | 47 | 95 | |
| 5 | 補足紙 B | 変形 10枚 | 10枚 | 枚 | 47 | 95 | |
| 6 | 管理帳簿(1冊365日) | A4 (1冊 1年分) | 1冊 | 冊 | 600 | 1,000 | |
| 7 | お薬手帳 | | 1冊 | 冊 | 15 | 30 | |
| | | | | 小計 | | | |
| | | | | 消費税(10%) | | | |
| | | | | 合計 | | | |
| | | | | 送料(県薬使用欄) | | | |
| | | | | 合計(県薬使用欄) | | | |

※ 非会員とは岩手県薬剤師会保険薬局会員
ではない薬局。

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

備考: 掛け販売の場合、月末締めでご請求書を翌月初旬に送付いたします。(岩手県薬剤師会)