

# 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:

日) 名称:

代表者名:

TEL:

FAX:

受取方法  来館 (来館日 R 年 月)  
 送付

支払方法:  現金  
 振込  
(月末締めでご請求書を翌月初旬に送付いたします。)

担当:

合計金額 (税込)

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	
----	--