

## 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  
(請求先または送付先) 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:  現金 TEL: 振込 FAX:

(月末締めでご請求書を翌月初旬に送付いたします。)

担当:

注文内容						価格(税抜)		金額
No.	商品名	仕様・様態	注文単位	数量	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(縦二つ折り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箱640冊入り	1冊	冊or箱	15	30		

※ 非会員とは岩手県薬剤師会保険薬局会員ではない薬局。

小計	
送料	
小計+送料 計	
消費税(10%)	
合計	

備考	
----	--