

発注日:平成 年 月 日 ()

行
(FAX:)

SELP共同購入 アルコール関連商品注文書

下記のとおり注文申し上げます。

商品名	サイズ	1C/S入り数	販売単位	注文箱数	希望納期	納品希望月日
シェイクハンドジェル	300ml	12本	1C/S	c/s	有 無	月 日
信和の除菌アルコール75	500ml	20本	1C/S	c/s	有 無	月 日
信和の除菌アルコール75お得タイプ	4L	4本	1C/S	c/s	有 無	月 日
備考						

ご注意 * 販売価格に送料を含みます。* 支払い振込手数料は、ご発注者様にてご負担いただきます。
 * ご注文は1C/S(箱)単位とさせていただきます。*納品は週1回(毎週金曜日締切、翌週木曜日までに納品)となります。
 * 沖縄、および離島への送料と納期については、お問い合わせください。

納品先(発注元およびご請求先)

施設名: _____

住所: _____

TEL: _____ FAX: _____

ご注文担当者: _____

納品先が上記と異なる場合

納品先名: _____

住所: _____

TEL: _____ FAX: _____

ご担当者: _____

 【お問い合わせ先】