

薬剤発注書

FAX. 03-5403-6441

野田製薬(株) 宛

下記の通り、薬剤を発注します。

202 年 月 日

薬剤名・数量 <small>□内に●を付け、個数を記入して下さい</small>	<input type="checkbox"/> NMN 製剤：レジュジーン…………… <input type="text"/> 個 <input type="checkbox"/> 水素製剤：ソレザウス…………… <input type="text"/> 個 <input type="checkbox"/> CBD 製剤：ハンフリン…………… <input type="text"/> 個 <input type="checkbox"/> スペルミジン含有製剤：スペルミクス…………… <input type="text"/> 個 <input type="checkbox"/> その他（ ）…………… <input type="text"/> 個
資料類の同梱	同梱する資料類や部数をお書きください。
ごに望事項	
ご発注医療機関名	ご発注担当者名：
※ ご住所	〒 <input type="text"/> ※ すでにお取引のある場合は記載不要です。 電話番号： <input type="text"/>
配達希望日	特にご指定がなければ、午後3時までの受注分は当日中にヤマト宅急便にて発送致します 月 日 時頃の配達を希望。（ご希望に添えない場合は連絡します）
お支払い方法① (カード支払い)	ご希望の場合は、メールアドレスを下段にご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 要。（ ） <input type="checkbox"/> 不要。
お支払い方法② (その他)	<input type="checkbox"/> 商品受け取り後に支払い。（納品後に請求書をお送りする。） <input type="checkbox"/> 代引き。（ヤマト運輸配達時に代引き。） <input type="checkbox"/> 入金確認後に薬剤発送する。（前払い。） <input type="checkbox"/> 月末締めで請求書をお送りする。（後払い。）
ご連絡・質問等	野田製薬株式会社 order@noda.co.jp TEL 03-5403-5900

弊社受注担当者名