

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 <input type="checkbox"/> 内に●を付け、個数を記入して下さい	一般名	製品名	
	<input type="checkbox"/> NMN 製剤	レジュジーン 9000	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> NMN 製剤	レジュジーン 13500	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> 体内水素発生剤	ソレザウス	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> 体内水素発生剤	ソレザウス 3000	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> 認知機能改善剤	デメケア	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> スペルミジン製剤	スペルミクス	<input type="text"/> 個
	<input type="checkbox"/> CBD 製剤	ハンフリン	<input type="text"/> 個
<input type="checkbox"/> その他の薬剤	()	<input type="text"/> 個	
ご要望事項 (資料類の同梱など)	同梱する資料類や部数をお書きください。		
受注確認連絡	不要・要 (連絡方法: メール・FAX・電話)		
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)	カード支払いご希望の場合は、WEB請求書の受け取り可能なメールアドレスを下段にご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 要 (メールアドレス: <input type="text"/>) <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 info@nodaseiyaku.com TEL 03-5403-5900		

弊社受注担当者名