

注文書 (FAX)

発注日 (FAX送信日) : 平成 年 月 日

下記の欄に社判 又は お名前、住所等をご記入下さい。
※ ご記入いただきます情報は商品の送り先となる薬局等の情報をお願い致します。

お名前 (貴社名)		社判
ご住所	〒	
電話番号		
FAX番号		

下記の通り、発注いたします。

商品名	単価	数量	金額 (税込み)
水虫薬 ホロスリン 包装25mL	2,500		

備考

ホロスリン製薬株式会社
〒544-0002
大阪府大阪市生野区小路2-8-9
Tel : 06-6752-0359
Fax : 06-6752-0399