

動物用診断薬FAX御注文票

FAX番号:076-443-9121

コピーしてお使いください

弊社受付番号

JPO

太枠に楷書でご記入ください。

| | | | | |
|--|---|---|-------|---|
| 注文年月日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 御所社名 支店名 | | | | |
| 御担当者名 | | | | 様 |
| 〒 | — | | | |
| 御住所 | | | | |
| 電話番号 | — | — | FAX番号 | — |
| 納品先(上記御担当者と異なる場合にご記入ください。) | | | | |
| 〒 | — | | | |
| 電話番号 | — | — | FAX番号 | — |
| 御注文数 | ご希望の製品に <input checked="" type="checkbox"/> 印をお願いします。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 豚熱エライザキットⅡ(旧販売名:豚コレラ エライザキットⅡ) | | | | 箱 |
| <input type="checkbox"/> 牛伝染性リンパ腫エライザキット(旧販売名:牛白血病エライザキット) | | | | 箱 |
| <input type="checkbox"/> 牛ブルセラ症エライザキット(旧販売名:牛ブルセラエライザキット) | | | | 箱 |
| 通信欄 (エンドユーザー名) | | | | |
| 通信欄 (御社注番、その他注意事項など) | | | | |

弊社ではFAXを受け取りましたら下記の内容に記入後、FAXにて本用紙を返信いたします。
万一、1週間以内に返信がない場合はお手数ですが下記にお問い合わせください。

弊社返信用

上記の御注文を 20 年 月 日 に確かに承りました。

出荷予定日: 20 年 月 日

納入予定日: 20 年 月 日

※納入予定日は到着日の目安です。天候等の影響で到着が遅れる場合がありますので、予めご了承下さい。

お問い合わせ

株式会社ニッポンジーン

診断試薬部 ELISAキット販売窓口担当

TEL : 076-442-3611 (受付時間:平日9:00-12:00、13:00-17:00)

FAX : 076-443-9121

| 販売窓口 確認欄 | 管理薬剤師 確認欄 |
|-------------|--------------|
| | |