

発注書

医療法人社団たけのこ会
レイクタウンたけのこ耳鼻咽喉科 宛
FAX 048-990-3386

※15時以降のFAX到着分は翌日の対応となります。

合計金額 ￥ (税込)

※10個未満のご注文の場合、送料は企業様のご負担となります (ヤマト運輸着払い)

摘要 (検査キット受取→提出方法)	数量	単価	金額
検査キット (来院→持込)	個	3,800	
検査キット (郵送→持込)	個	3,800	
検査キット (来院→郵送)	個	4,800	
検査キット (郵送→郵送)	個	4,800	
陰性証明書	通	5,000	
		合計	

フリガナ 会社名	
部署名	
フリガナ 担当者	
住所	〒
TEL	
FAX	
MAIL	

お支払いはお振込みでお願いしております。請求書は検査キットと合わせてお渡しいたします。
各金融機関から発行された「振込明細書」をもって領収書に代えさせていただきます。

キット受渡可能日時・発送予定日決定次第、当院よりFAXを返信させていただきます。
キットを当院にて受取の法人様は、返信FAXに記載されている受渡可能日時以降にご来院ください。

検体提出予定日
令和 年 月 日

埼玉県越谷市レイクタウン6-1-10
レイクタウンたけのこ耳鼻咽喉科
TEL: 080-7326-3387 担当: 松村

弊社記入欄

<来院> キット受渡可能日時
令和 年 月 日 時以降
<郵送> キット発送予定日
令和 年 月 日

FAX受領	請求書	発送	入金