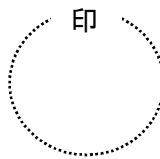


平成 年 月 日

栄養士さんの給食管理 発注書

FAX注文受付センター:011-208-5845

株式会社日本エム・エス・ディー 行
 〒060-0061 札幌市中央区南1条西10丁目4-168 ほくえいビル3F
 TEL:011-208-5710 FAX:011-208-5845

| | | | |
|----------------|---|-----|------|
| 貴社注文番号： | | | |
| 〒 | □□□ | - | □□□□ |
| おところ | TEL | () | - |
| (フリガナ) おなまえ |  | | |

納品場所が上記住所と異なる場合、ご記入ください。

| | |
|------|--------------|
| 納品場所 | 〒 □□□ - □□□□ |
| おなまえ | ご担当者名 |
| TEL | () - |

ご注文の商品に数量、金額、合計金額をご記入ください。

| 品名 | 数量 | 単位 | 税込価格 | 金額 |
|------------------------|----|----|-----------|----|
| 栄養士さんの給食管理 Ver3 標準版 施設 | | 本 | /203,040- | |
| 栄養士さんの給食管理 Ver3 標準版 病院 | | 本 | /203,040- | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | 合計金額 | |

お取引方法

- ・ 印のないご注文書は無効となります。
- ・ ご注文書をFAX受理しますと、弊社より確認のお電話がまいります。ご担当者さまのお名前を必ずご記入くださいますようお願い致します。
- ・ 商品とご請求書をヤマト宅急便にて発送いたします。
- ・ ご請求書に記載のある銀行口座へのお振込をお願い致します。

※弊社検印欄

| | | | |
|------|------|------|------|
| 検品担当 | 経理担当 | 出荷担当 | 注文受付 |
| | | | |