

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：048-990-3387

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 |
| | | | |