

トリアージ・タッグ注文書

日本救急医療財団 宛

ご注文FAX番号:03-3835-0299 / E-mail:soumu@qqzaidan.jp

本用紙の太枠部分に必要な事項をご記入の上、FAXもしくはEmailにてお送り下さい。

ご注文日	令和 年 月 日		
会社名	(フリガナ)		
	※個人でご注文の方はご記入の必要ありません。		
部署名			
お名前 (ご担当者名)	(フリガナ)		
納品先 ご住所	〒 ー		
電話番号		F A X	
e - m a i l			
注文部数	1部@117円 (税抜) _____部		
送料について	※送料についてはお客様負担となります。下記のどちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 発払い (請求書に送料を記載してご請求します) <input type="checkbox"/> 着払い		
必要書類	■必要書類に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 納品書		
	■書類の宛名 (記入がない場合は会社名となります)		
備考欄	※配達希望日時等ございましたらご記入ください。商品の在庫状況等により配達日のご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。		
受付日時	令和 年 月 日 時 分	受付者	
合計金額	円	①117円× _____部 = _____円 送料 = _____円 消費税 (10%) = _____円	
発送日時	令和 年 月 日 時 分 発送		
入金確認日	令和 年 月 日		