

動物用医薬品「日農アピスタン」注文書

申込日 年 月 日

所属都道府県団体名	福島県養蜂協会		
会員番号			
フリガナ			
お名前			
お届け先住所 (転飼先に希望する場合はその住所)	(〒) 都 府 道 県		
ご連絡先	電話	FAX	
備考		納品希望日	年 月 日

※時間指定・置き配指定不可

品名	数量
日農アピスタン(50 群用、10 パック、シート 100 枚)	個
日農アピスタン(10 群用、2 パック、シート 20 枚)	個



注：お客様都合による返品・交換はお受けできません。 ※送料込

注文書の流れ注文者→都道府県団体→日蜂協→サンケミファ(株)
福島県養蜂協会 F A X 024-573-0565

~~~~~◇会社使用欄◇~~~~~

※日蜂協整理番号

| 受注者     |    |    | 確認者    |  | 出荷承認                        | C1 受注入力№ |
|---------|----|----|--------|--|-----------------------------|----------|
|         |    |    |        |  |                             |          |
|         | 数量 | 単価 | 金額     |  | ロット№                        |          |
| 50<br>群 |    |    | 税<br>抜 |  |                             |          |
| 10<br>群 |    |    | 税      |  |                             |          |
| 増量分     |    |    | 税込金額   |  | 出荷日                         |          |
|         |    |    |        |  | 年            月            日 |          |