

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	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** または メール f-keikai@fuku07.jp



~~~~~◇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No |
|------|----|----|------|--|-----------------|-----------|
|      |    |    |      |  |                 |           |
|      | 数量 | 単価 | 金額   |  | ロットNo           |           |
| 50 群 |    |    | 税 抜  |  |                 |           |
| 10 群 |    |    | 税    |  |                 |           |
| 増量分  |    |    | 税込金額 |  | 出荷日             |           |
|      |    |    |      |  | 年      月      日 |           |