

THYMOVAR

動物用医薬品「チモバール®」注文書

THYMOVAR

申込日 年 月 日

所属都道府県団体名	福島県養蜂協会		
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 道 府 県		
ご連絡先	電話	FAX	
備考		納品希望日	月 日

品名	価格	数量	金額
チモバール® (50 群用、10 パック、小板 100 枚)		個	
チモバール® (10 群用、2 パック、小板 20 枚)		個	

注 包装：ポリエチレンアルミ箔 2袋＝1パック 5群用 最低注文単位：2パック 送料：全国一律無料

※製品の特性上、製品不良以外でのお客様ご都合の返品は受けかねます。何卒、ご理解のほど、よろしくお願いいたします。

★ご注文について★

ご注文はこの用紙に必要事項を記入し、所属する各都道府県団体に郵送又は FAX でお申込みください。 → 福島県養蜂協会

注文を受けた都道府県団体は、この注文書を日蜂協事務局に郵送又は FAX してください。

FAX 024-573-0565

注文書の流れ 注文者→都道府県団体→日蜂協→アリスタライフサイエンス（株）※日蜂協整理番号 ※アリスタライフサイエンス（株）発送日 月 日