

医療材料専用小分け発注書

受領(譲受人)

年 月 日

(発注元・譲受人) \_\_\_\_\_ 様 TEL \_\_\_\_\_  
 ※1 (医療機関名: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_)

No. \_\_\_\_\_

※2 番号	医療材料 品名	メーカー	単価	数量	単位	金額	使用 期限	製造番号	備考
合計金額						¥			

※1 ※2 は必ず記入してください。 ※2 番号 → 備蓄医療材料リストの番号を記入してください。

● 希望納期 ●  
 月 日まで  その他 ( )

◎受注担当者(セク)記入

受付 ( / )	配送担当

領 収 証

¥ \_\_\_\_\_ 円也

(譲渡人)  
 三原薬剤師会センター薬局  
 〒723-0051 三原市宮浦1丁目20番36号  
 商品問合せ TEL 0848-64-8079(薬局) 発注先FA0848-64-2220

