

令和 2 年 5 月 14 日(木)

メーカー 直 送 依 頼 書

発送先名	フガナ
	もり 歯科医院 様
住 所	フガナ
	〒 5 9 1 - 8 0 4 3 大阪府堺市北区長尾町 6 - 4 - 1
電話番号	0 7 2 - 2 5 1 - 3 0 1 0

注意…住所は都道府県名よりご記入願います

※購買依頼番号 (2 0 0 3 9 7 4 2 7 7) 受注番号 (1 0 0 9 3 2 7 3 5 9)

商品コード	商品名	数量	金額※
272-501 CBR	スリッパ 殺菌デイスパンスー SSDX ページュスリッパ CBR	1	

※購買依頼番号は受注伝票照会 (VA03)から明細の納入日程行ボタンを押して参照して下さい。

伝票仕切先	(A 0 - 2 5 5 5 1 3) アスカデンタルサプライ 様
備考	中川様 堺市北区) もり歯科様直送分

送料がかかる場合は、納品書がきてから
処 理 いた します。 5 / 1 5 (金) A M 着 で
出荷 お願い します。

起票者	仕入担当者
本社営業 三井 内線 2302	