

令和2年4月15日(水)

メーカー直送依頼書

発送先名	フリガナ こでら
	小寺歯科医院様
住 所	フリガナ
	〒669-1533 兵庫県三田市三田町23-5
電話番号	079-562-7000

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 () 受注番号 ()

商品コード	商品名	数量	金額※
202720500GR	スリッパ殺菌ディスペンサーSSDX-Yブルー スリッパ GR	1	
	送料OKです		

※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	マルヤマ歯科商店様 (A 0451150)
備考	メーカーより 小寺歯科医院様 直送

連絡事項	最短日でよろしく願います
------	--------------

神戸営業所	仕入担当者
坂部	