注文日　　年　　月　　日	ＮＯ．

注文書（大塚商会）

ＦＡＸ：0742-34-7992

医師協名			
担当者名		TEL番号	
納品先 （○をつけて下さい）	直送(医療機関、その他)		

	商　品　送　付　先		
ご 住　所	〒　　-		
名　称			
担当者名			
ＴＥＬ番号		医協管理番号 ※組合員コード　等	

※申込番号・・・たのめーるサイト、カタログに記載の7桁の番号(例：160-0012)

	お申込番号	商　品　名	数量	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

連絡事項	

お問い合わせ：奈良県医師協同組合　TEL：0742-34-7991　FAX0742-34-7992

※個人情報遵守のため、商品発送業者への注文以外には利用いたしません。