

ご注文書

ご注文日

令和 2 年 月 日

お客様情報

お名前	_____		
法人名・部署名	_____		
ご住所	〒	_____	
電話番号	_____		FAX 番号
メールアドレス	_____		

代理店情報 (代理店を通してご注文いただく場合はご記入ください)

代理店名/ご担当者名	_____		
ご住所	〒	_____	
電話番号	_____		FAX 番号
メールアドレス	_____		

商品送付先

<input type="checkbox"/> お客様情報のご住所へ	<input type="checkbox"/> 代理店へ
*上記以外への発送をご希望の場合のみご記入ください。	
ご担当者のお名前	_____
法人名・部署名	_____
ご住所	〒 _____
電話番号	_____

ご注文内容

製品名	販売価格	数量	金額	弊社記入欄 受付日 年 月 日 受付番号
-LAMP 法乾燥試薬- サツマイモ基腐病検査キット (48 テスト用)	122,700 円 (税別)		円	
送料: 2,000 円 (税別)			円	
消費税 (10%)			円	
合計			円	
備考欄:				

太枠の部分は必要事項ですので、必ずご記入ください。

弊社へのご連絡事項等がございましたら、備考欄をご利用ください。