

注文日 年 月 日

注文先 動物病院協同組合 行
FAX 045-520-3009

注文票

次のとおり、注文いたします

病院名：

住所：

TEL：

FAX：

商品名	個数
狂犬病 TC ワクチン「KMB」 10 ml	本
トップシリンジ動物用 針付 2.5 ml 21G	箱
トップシリンジ動物用 針付 2.5 ml 23G	箱
トップシリンジ動物用 針付 2.5 ml 25G	箱

連絡事項

組合事務記入枠： FAX 送信日 年 月 日 (印)