

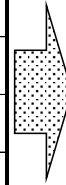
【FAX:03-3547-9684】

NPhA電子お薬手帳カード追加発注申請書

※なるべく会社一括納品でお願い致します。

【発送先住所】

会社名	部署名
ご担当者名	
送付先ご住所	
お電話番号	



日本保険薬局協会
FAX03-3243-1075
担当:松尾

※1箱(100枚入)、最小発注単位は2箱(200枚入) = ¥2,000(税込/送料込)です。

	薬局名	住所	TEL	発注枚数	金額
1		※本社一括納品の場合は住所、TELの記載は必要ございません。			¥0
2					¥0
3					¥0
4					¥0
5					¥0
6					¥0
7					¥0
8					¥0
9					¥0
10					¥0

金額 ¥0

