

アルファベット

alphaVET™シリーズFAX御注文票

FAX番号:076-443-9121

コピーしてお使いください

弊社受付番号

--

太枠に楷書でご記入ください。

注文年月日	20	年	月	日
御所社名 支店名				
御担当者名				様
〒	—			
御住所				
電話番号	—	—	FAX番号	— —
納品先(上記御担当者と異なる場合にご記入ください。)				
〒	—			
電話番号	—	—	FAX番号	— —
御注文数	ご希望の製品に <input checked="" type="checkbox"/> 印をお願いします。			
【トライアルキャンペーン専用】				
<input type="checkbox"/> 品番C001	ウシマイコプラズマ・ボビス Ab ELISA -RUO-			キット
通信欄 (エンドユーザー名)				
通信欄 (御社注番、その他注意事項など)				

弊社ではFAXを受け取りましたら下記の内容に記入後、FAXにて本用紙を返信いたします。
 万一、**1週間以内**に返信がない場合はお手数ですが下記にお問い合わせください。

 弊社返信用

上記の御注文を 20 年 月 日 に確かに承りました。

出荷予定日: 20 年 月 日

納入予定日: 20 年 月 日

※納入予定日は到着日の目安です。天候等の影響で到着が遅れる場合がありますので、予めご了承下さい。
--

お問い合わせ
 株式会社ニッポンジーン
 診断試薬部 動物用研究用試薬販売窓口担当
 TEL : 076-442-3611 (受付時間: 平日9:00-12:00、13:00-17:00)
 FAX : 076-443-9121

販売窓口 確認欄