

注文書

吉田興産株式会社 御中

FAX:06-6943-0902

注文日 西暦 年 月 日

製品名	加藤式自己擦過法器具		
会社名			
所在地	〒		
担当部署			
ご担当者			
ご連絡先	TEL		FAX
注文数			
希望納期 及び要望			

製品納入先

納品先名			
納品先住所	〒		
ご連絡先	TEL		FAX

回答欄

受注番号	No.		
納期	月 日 () 発送 月 日 () 着荷 になります。		
連絡欄	製品Lot No.		
弊社使用欄	顧客コード		
	製品コード		
	製品タイプ		
	エリアコード		

販売元

吉田興産株式会社

製造元

大成メディカル株式会社

〒565-0811 大阪府吹田市千里丘上15-15
TEL:06-6878-2300 FAX:06-6943-0902

〒567-0054 大阪府茨木市藤の里2-11-6
TEL:072-648-3601 FAX:072-641-1205