

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	セルソフト			
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	8500823201		
	製品タイプ	基本セット		
	エリアコード			

販売元

吉田興産株式会社

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

製造元

大成メディカル株式会社

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