

長期預託品使用報告兼注文書



(FAX: 03-5909-5851)

メリットメディカル・ジャパン株式会社

メリットメディカル・ジャパン株式会社 カスタマーサービス 行

発注日	年	月	日
-----	---	---	---

以下の病院において、預託製品を使用いたしました。

報告書の内容にて売上計上をお願いいたします。

なお、同一製品の補充製品発送は 必要 / 不要 です。

貸出伝票の当初の情報をご記入ください	
預託先病院 手術日	年 月 日 使用先病院と異なる場合はご記入ください

使用施設情報	
* 使用先病院	
* 手術日	年 月 日

注文者情報	
御社注文番号	弊社伝票上に記載が必要な場合はご記入下さい
* 会社名	
* 支店・営業所	
* 担当者名 (発注者名)	
連絡先	TEL: FAX:
月次請求書 送付先	会社名 : 発注元と異なる場合は記載をお願いします

補充が必要な場合、配送方法詳細をご記入ください	
* 受取希望日	年 月 日 ご指示がない場合は適時発送いたします
* お届け先	ご指示がない場合は左記ご担当者へ発送いたします
配送指示	
時間指定	<input type="checkbox"/> 当日中 / <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> AM着便 / <input type="checkbox"/> AM () 着便 上記を指定した場合、送料は別途ご請求させて頂く場合があります

* 印欄は全て記入をお願いいたします。

ご発注内容 (兼 補充依頼書)					↓ 補充依頼にあたりご使用になりました製品のロット/シリアル情報をご記載ください ↓
No.	製品番号	品名	数量	単位 入数	ロット/シリアルNo. (* 左詰で1文字ずつ記入してください)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					