

アカレックス テスト 注文書

FAX.048-835-5032

TEL.048-835-5031

株式会社クラ商会 行 平成 年 月 日

商品名	アカレックステスト	アカレックステスト	
テスト回数	5 回用	10 回用	
注文数量	_____キット	_____キット	

お名前			
ご住所	〒	—	都・道 府・県
			市 区・郡
TEL	()	FAX	()
E-mail			

◎ お支払方法

- ・ 宅急便の代金引換となります。
但し、多数量のご注文の場合は、お振込の方法がございます。お支払期日を、必ずご記入下さい。

お客様支払日	平成 年 月 日	振込手数料をご負担願います
振込先銀行口座	口座名. 株式会社クラ商会	
	三菱東京UFJ銀行 大塚支店. 普通預金. 0845556	

※ 商品は受注後約1週間前後でお届け(土・日・祝日は除く)します。
詳細は確認書の項目でお知らせいたします。ご都合の良い時は、ご連絡下さい。

御注文確認書

平成 年 月 日

御中

株式会社クラ商会
担当 _____

御請求金額

	数量	単価	計	備考
アカレックステスト 5回用				
アカレックステスト10回用				
送料				●ご注文時1~4キットは 貴方ご負担 ●5キット以上は当社負担
クール便 (6~9月の発送時、200円の加算)				
宅急便の代金引換手数料				●ご負担願います
小計				
消費税				
合計				

商品発送日	平成 年 月 日	納品日	平成 年 月 日	午前中 午後
-------	----------	-----	----------	-----------

☆商品受領後は、冷蔵庫(2~8℃)で保管願います。
☆品質保持期日は 年 月 日です。