

## ご注文書

ご注文日

年 月 日

### お客様情報

お名前	_____		
法人名・部署名	_____		
ご住所	〒	_____	
電話番号	_____		FAX 番号
メールアドレス	_____		

代理店情報（代理店を通してご注文いただく場合はご記入ください）

代理店名/ご担当者名	_____		
ご住所	〒	_____	
電話番号	_____		FAX 番号
メールアドレス	_____		

### 商品送付先

<input type="checkbox"/> お客様情報のご住所へ	<input type="checkbox"/> 代理店へ
<small>上記以外への発送をご希望の場合のみご入力ください</small>	
ご担当者のお名前	_____
法人名・部署名	_____
ご住所	〒 _____
電話番号	_____

### ご注文内容

製品名	販売価格	数量	金額	弊社記入欄 受付番号
根こぶ病菌検出キット (48回分)	124,500 円 (税別)		円	
備考欄: (弊社へのご連絡事項等がございましたら、備考欄をご利用ください。)				

太枠の部分は必要事項ですので、必ずご記入ください。

送料は確認しご連絡いたします。