

# 医療器具購入用紙

ビーエスメディカル株式会社 御中  
 FAX:03-3817-7907

発注日	年 月 日
希望納期	

**【納品先】**

〒

住所

  

会社名・病院名

  

TEL・FAX

**【発注元】**

〒

住所

  

会社名・病院名

  

TEL・FAX

  

担当者

**【備考】**

商品コード	品名・規格	数量	単位	単価	金額
				摘要	

**【その他】**