

FAX番号 03-5485-0062

抗体検査キット購入申込書 兼 請求書

〒150-0044 東京都渋谷区円山町14-3
日興パレスビル渋谷5階
一般社団法人全国施設店舗衛生管理協会
TEL 03-5485-0064 / FAX 03-5485-0062

この度は「抗体検査キット」のお申し込みを頂き誠にありがとうございます。
下記の口座にお振込頂きますようお願い致します。
お振込確認後の発送となりますのでご購入数量及びご購入金額をご記入のうえ
FAXにてお申し込みください。

	価格 (税込)	購入数量	合計金額 (税込)
抗体検査キット (最低ロット)	3,500円	5ヶ	17,500円
6個以上は1ヶ単位でご購入頂けます (7個購入の場合は2ヶとご記載下さい)	3,500円	ヶ	円
振込金額合計			円

【振込先】	三井住友銀行 渋谷支店 普通口座 9670013 一般社団法人 全国施設店舗衛生管理協会
-------	--

※お振込確認後の発送となります(15時までの着金確認で当日発送)

※お振込手数料はご負担ください

下記欄に必要な事項をご記入のうえFAXにてご返送ください

送付先名	(フリガナ)
振込名義人	(フリガナ)
振込日	年 月 日
送付先ご住所	〒 —
TEL / FAX	/