

# 原料FAX注文書

株式会社 サティス製薬

発注日 /

行

FAX:03-5646-2435

住所

会社名

印

希望納期

担当

納品場所

TEL

FAX

支払条件

ご希望の納期に添いかねる場合がございますので、予めご了承下さい。

販売名	内容量	数量	単価	金額	備考欄	サティス製薬 使用欄(標準納期)
①						
②						
③						
④						
⑤						
⑥						

※上記の通り御注文致します。

備考  下記内容を同意、確認頂けましたらチェックを入れて下さい。  
※当該原料を用いてお客様が行う行為の結果および日本国内外関連法規等に対し、  
弊社は一切責任を負わないものとします。  
当該原料及び情報をもとにした産業財産権等の扱いは、両社協議のもと決定します。

オーダーNo.	
販売名 ※上記と相違がある場合	

\* 運送費は別途実費をご請求申し上げます。



株式会社 サティス製薬

〒135-0047  
東京都江東区富岡2-11-6 長谷萬ビル3F

TEL:03-5646-2434  
FAX:03-5646-2435

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のご愛顧を賜り、厚くお礼申し上げます。  
このたびは、弊社にご注文をいただきまして誠にありがとうございます。  
今後ともご愛顧のほどよろしくお願い申し上げます。  
まずは御礼かたがた、ご注文の承諾のお知らせをさせていただきます。

--	--