

【見積り専用 FAX用紙】

平成 年 月 日

薬局名： _____

ご担当者： _____

電話番号： - - _____

FAX番号： - - _____

※FAXでの見積もりは、10品が上限です。

	医薬品名（正式名称 省略不可）	メーカー	数量	単位	ロット	期限
	記入見本 アムロジピンOD錠5mg「明治」	明治製菓 ファルマ	56	錠	D01G	2016年7月
1						年 月
2						年 月
3						年 月
4						年 月
5						年 月
6						年 月
7						年 月
8						年 月
9						年 月
10						年 月

この度はお見積もりを依頼いただきまして、誠にありがとうございます。

FAXの送付・お問い合わせは、以下にお願いします。

エコ薬 事務局 TEL：046-884-8075 / FAX：046-884-8370

商品を送付いただく場合は、以下の住所にお願いします。

〒237-0076 神奈川県 横須賀市 船越町5-1-10-2階

みんなのお薬箱 医薬品物流センター 宛