納　品　書

No.

独立行政法人
地域医療機能推進機構 滋賀病院 御中

令和　　年　　月　　日

業者名　　印
住所
TEL
FAX

特に決まりはありませんが照合する際などに使用できる用に番号は必ずふってください。

合計　　円【税抜】

物品コード	メーカー名	品名・規格　製品番号	数量	単価(税抜)	金額(税抜)	税率	受領者印
		マスク	10	200	2,000		
				合計(税抜)			

発注書に記載されている1～もしくは、2～で始まる6桁の物品ｺｰﾄﾞを書いて下さい。

税率の記載をお願いします。
10%
軽減8%
非課税

医療器械備品、その他器械の納品の際に20万円超える物に対しては1台に対して1枚の納品書でお願いします。
発注の際、備考欄に納品書単独でと記載されてる場合も同様です。ご協力お願い致します。