

薬物検査キット注文書 (2024/8/9改訂版)

お届け先住所	〒 e-mail: tel: fax:
御機関名	御氏名

下記の通り注文いたします。 年 月 日発信

	価格 (税込)	数量	金額
マルチタイプ唾液検査キット	2,200円	個	円
マルチタイプ尿検査キット	2,200円	個	円
覚醒剤尿検査キット	1,540円	個	円
大麻検査キット	1,540円	個	円
マルチタイプ唾液検査キット (1箱 25 個入り)	44,000円	箱	円
マルチタイプ尿検査キット (1箱 25 個入り)	44,000円	箱	円
覚醒尿検査キット (1箱 25 個入り)	30,800円	箱	円
大麻検査キット (1箱 25 個入り)	30,800円	箱	円
合計金額			円
領収書 不要・必要	宛名		

※ご注文後、下記銀行口座宛、送金をお願いいたします。

備考 三菱 UFJ 銀行 笹塚支店 普通口座 0929745
口座名義「特定非営利活動法人アジア太平洋地域アディクション研究所 理事長 尾田真言」
へお振込みください。
※「アパリ東京本部」という略称でもお振込みできます。

(振替手数料はお客様ご負担をお願いします)

※入金確認後発送します。

〒162-0055 東京都新宿区余丁町 14-4 NPO 法人アパリ
TEL 03-5925-8848 FAX 050-3458-0214 or 03-5925-8984

事務局記入欄		
受注	入金	発送
/	/	/