

## 薬物検査キット注文書

お届け先 御住所	〒		
	e-mail:	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	2,750 円	個	円
マルチタイプ尿検査キット	2,750 円	個	円
覚醒剤検査尿検査キット	1,100 円	個	円
大麻検査尿検査キット	1,100 円	個	円
マルチタイプ唾液検査キット (1箱 25個入り)	55,000 円	箱	円
マルチタイプ尿検査キット (1箱 25個入り)	55,000 円	箱	円
覚醒尿検査キット検査キット (1箱 25個入り)	22,000 円	箱	円
合計金額	商品合計金額		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 近藤恒夫」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でお願いします)

※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

事務局記入欄					
受注		入金		発送	
/		/		/	