

商品返却依頼書

連絡日: 年 月 日

〒143-0006 東京都大田区平和島1-2-20
 日通大森支店 平和島流通センターC棟5F

アボット バスキュラー ジャパン株式会社
 ディストリビューションセンター宛

問い合わせ先 : カスタマーサービス
 TEL : 0120-086-586

<input checked="" type="checkbox"/> KA (返却)	返却No
Sold To (病院)コード	貴社名
Sold To (病院名)	
Bill To (顧客)コード	御住所
Bill To (顧客名)	
Payer (支払先)コード	TEL
Payer (支払先名)	FAX
	ご担当者名

返却理由

NO	カタログNo	商品名	数量	ロットNo	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※返却No取得後は速やかにご返却願います。
 ※買取品の返品に関しましては、弊社営業所迄ご連絡下さい。

W/H	C/S	入力者	伝票番号

