

棚卸のご案内

御中

ご担当者様

TEL No. _____

FAX No. _____

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

早速ではございますが、この度弊社の貸出製品の棚卸を行うこととなりました。

別紙 棚卸原票に実施棚卸数量、実施棚卸日、確認者名の欄に社印と確認者名を必ずご記入いただき、
月 日（ ）までに FAX にてご返信くださいますようお願いいたします。

ご多忙のこととは存じますが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

記入方法

棚卸原票

得意先コード/名称:

納品先コード/名称: 660

自社

商品名称/型番

ロットNo.

有効期限

シリアルNo.

帳簿在庫数量

実施棚卸数量

備考

[Sapphire]

Sapphire 103-1510J

1501521101

2013-01-20

8

Sapphire 103-1510J

1506731103

2013-03-07

3

ご記入ください。

社印の押印を
お願いいたします。

出発年月日: 2013年10月25日

確認者:

実施棚卸日:

在庫主:

オーバスネイチメディカル株式会社

対象施設

※リストは _____ に出力したものになります。

送付枚数 計 _____ 枚 (本紙含む)

オーバスネイチメディカル株式会社

品川ロジスティクスセンター

担当: 大島・村田

〒140-0003 東京都品川区八潮 3-2-31

近鉄ロジスティクス・システムズ 東京ターミナル 5F

TEL: 03-3790-0607 FAX: 03-3790-0617