

## 発 注 書

平成 年 月 日

三条市医師会  
三条市在宅医療推進センター 行

事業所住所 \_\_\_\_\_  
事業所名 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり発注いたします。

品 名	数 量
インストール用 CD	枚
タブレット端末	台
AC アダプタ	台
モバイルプリンター	台
モバイルプリンター用充電器	台

発注理由：  
(具体的に記入ください。)

納品場所：