

記入見本

ご注文日 年 月 日

お客様名

様

ブルーオーシャン横浜株式会社

□ 本社 〒236-0003
神奈川県横浜市金沢区幸浦2-1-12
TEL:045-790-3581
FAX:045-790-3591

□ ベイサイド店 〒236-0007
神奈川県横浜市金沢区白帆1番地
TEL:045-770-5611
FAX:045-770-5612

問い合わせメールアドレス toiawase@blueoceanyokohama.co.jp

毒物及び劇物譲受人ご記入について

拝啓

この度はご注文いただき誠にありがとうございます。今回ご注文いただきました商品は、毒物及び劇物品に該当いたします。毒物及び劇物取締法303号第14条第2項により、下記、譲受書のご提出をお願いしております。

必要事項をご記入、押印(法人でお申し込みの場合は社印)の上、必ず原紙をご郵送ください。

又、弊社のご利用が初めてのお客様は、身分証明書(運転免許証、健康保険証ほか、氏名及びご住所が確認出来るもの)のコピーも併せてご郵送ください。よろしく願い申し上げます。

敬具

※太枠内をご記入ください

毒物及び劇物譲受書			
毒物及び劇物の種類	名称	インターエピフィルホワイト440gセット	
	数量	1セット	
譲受人(法人にあたっては、その名称と及び主たる事務所の所在地)並びに毒物劇物取扱責任者の氏名	氏名又は名称	ご購入者様のご指名又は法人名 名義でお申し込みの場合は社印を押印 (印)	
	取扱責任者氏名	法人でお申し込みの場合は取扱責任者様のご氏名	
	職業又は業種	ご職業又は業種	
	住所	ご購入者様のご住所法人でご購入の場合は会社住所	
	使用目的	具体的な使用目的をご記入ください	
販売又は授与の年月日	弊社記入欄		
備考			

ご注文日 年 月 日

お客様名 _____ 様

ブルーオーシャン横浜株式会社

本社 〒236-0003
神奈川県横浜市金沢区幸浦2-1-12
TEL:045-790-3581
FAX:045-790-3591

ベイサイド店 〒236-0007
神奈川県横浜市金沢区白帆1番地
TEL:045-770-5611
FAX:045-770-5612

問い合わせメールアドレス toiawase@blueoceanyokohama.co.jp

毒物及び劇物譲受人ご記入について

拝啓

この度はご注文いただき誠にありがとうございます。今回ご注文いただきました商品は、毒物及び劇物品に該当いたします。毒物及び劇物取締法303号第14条第2項により、下記、譲受書のご提出をお願いしております。必要事項をご記入、押印(法人でお申し込みの場合は社印)の上、必ず原紙をご郵送ください。又、弊社のご利用が初めてのお客様は、身分証明書(運転免許証、健康保険証ほか、氏名及びご住所が確認出来るもの)のコピーも併せてご郵送ください。よろしく願い申し上げます。

敬具

※太枠内をご記入ください

毒物及び劇物譲受書			
毒物及び劇物の種類	名称		
	数量		
譲受人(法人にあたっては、その名称と及び主たる事務所の所在地)並びに毒物劇物取扱責任者の氏名	氏名又は名称	印	
	取扱責任者氏名		
	職業又は業種		
	住所		
	使用目的		
販売又は授与の年月日	弊社記入欄		
備考			