

新規製造及びリパックご依頼製造に関するお問い合わせ

※下記事項のお解りになる部分にチェック及びご記入をお願いいたします。

お問い合わせ日	20 年 月 日
ご依頼主様名	様
ご担当者様	様
ご依頼主様 ご住所	〒 -
ご連絡電話番号	
リパック ご依頼薬品名	※守秘の場合は記載は不要です
納期指定	<input type="checkbox"/> 有り(月 日頃迄に) <input type="checkbox"/> 無し
リパック品状況	<input type="checkbox"/> 単品 <input type="checkbox"/> 混合薬品 (<input type="checkbox"/> 混合済 <input type="checkbox"/> 弊社へ混合依頼)
原材料調達	<input type="checkbox"/> ご支給 <input type="checkbox"/> 弊社(株式会社内藤商店)調達
形状種別	<input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 顆粒 <input type="checkbox"/> 塊 <input type="checkbox"/> 液体
規格種別	<input type="checkbox"/> 普通物 <input type="checkbox"/> 食品添加物 <input type="checkbox"/> 医薬用外劇物 <input type="checkbox"/> その他
ご依頼総量	_____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> mL
製品容量	_____ (<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 継続) <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> mL
包材	<input type="checkbox"/> 個装袋 <input type="checkbox"/> フィルム製袋 <input type="checkbox"/> 硝子瓶 <input type="checkbox"/> 樹脂容器 <input type="checkbox"/> その他
包材印刷	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
ラベル貼付	<input type="checkbox"/> 有り (有りの場合 <input type="checkbox"/> 表面のみ <input type="checkbox"/> 表裏) <input type="checkbox"/> 無し
シュリンク包装	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
中箱	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
段ボールケース	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
包材(ケース等)調達	<input type="checkbox"/> ご支給 <input type="checkbox"/> 弊社(株式会社内藤商店)へ調達依頼
ご送付先	<input type="checkbox"/> 御社様ご一括納入 <input type="checkbox"/> 別途ご指定地 ()
ご送付運賃	<input type="checkbox"/> 御社様ご負担 <input type="checkbox"/> 弊社リパック代金に加算
ご希望価格	円 / Kg (L) 又は 1本 (個) 円
その他ご要望 又はご質問	

※完成品の画像がございましたらメール添付又はファックスをお願い致します。

※ご返信頂きましたデータを基にリパックの可否及び単価を算出させていただきます。

〒 460-0002 名古屋市中区丸の内 3 - 8 - 3

株式会社 内藤商店

電話 (052) 962-5551 FAX(052)961-5901

E-mail n-support@naitoh.co.jp

URL http://www.naitoh.co.jp/