



伝票記入方法 ～他施設からの移動売上傳票～



短期貸出専用

他施設の短期貸出品を借りてきて、別病院で使用した時にご使用して頂きます。
必ず弊社指定の伝票で送付をお願い致します。

*「短期貸出使用・返却報告書」の該当製品コメント欄にも移動使用の記載をお願い致します。

【記入項目】

- ① 移動元貴社名（請求先名）
- ② 移動元病院
- ③ 売上先貴社名（請求先名）
- ④ 売上先病院
- ⑤ 品目コード
- ⑥ 品目名（任意）
- ⑦ 数量（最小出荷単位で記入）
- ⑧ 対象品のLot No.を記載
- ⑨ 御担当者名・問合せ先電話番号
- ⑩ 確認事項にチェック・ご署名をお願いします
- ⑪ 症例日（任意）

【短貸売上専用】 他施設からの移動売上傳票						注文日: 月 日 / 年			
販売タイプ <input type="checkbox"/> 移動+使用報告のみ(移動+KE)				得意先発注番号:					
受注先コード: 【移動元/補充先】		受注先コード: 【売上先】		発注経路: <input checked="" type="checkbox"/> FAX		ご担当者: ⑨ 田中 ご連絡先: 03-XXXX-XXXX			
貴社名: ① ○○メディカル(株)		貴社名: ③ ○○医療器(株)		営業担当コード: Division		営業担当氏名: Region			
出荷先コード:		出荷先コード:		PLANT <input type="checkbox"/> D625 <input type="checkbox"/> T645()		受注理由: C05 短期貸出より売上			
住所: 出荷先名:		住所: 出荷先名:		移動処理		ZTKA (C19 在庫移動)			
補充病院(移動元): ② ××市民病院		使用病院(売上先): ④ ××医療センター		納入期日: 月 日 着		出荷条件: <input type="checkbox"/> 配達 <input type="checkbox"/> 空港止 <input type="checkbox"/> 日通営業所止 <input type="checkbox"/> 他()			
特記事項: ⑪ 手術日: 6 月 6日				正味額					
No.	品目コード	品目名	数量	単位	移動ロット	備考			
1	⑤ 51808-012	⑥ OptiCross	⑦ 2		⑧ 19870645	⑩			
2						特約店および施設間の移動実施時確認 ① ポストン社員の指示による移動である <input type="checkbox"/> はい(②へすすむ) <input type="checkbox"/> いいえ ② ①がはいの場合 ポストン社員による品質チェック済み <input type="checkbox"/> はい 貴社名・ご署名 年 月 日			
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
起票者	Level1 (ASM)	Level2 (RSM)	Level3 (NSM)	Level4 (BUD)	Level5 (GM)	Marketing	Operations	QA	伝票番号
									KE

