



# 伝票記入方法 ～他施設からの移動売上傳票～



## 長期貸出専用

他施設の長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。

伝票受付は14:00まで

### 【記入項目】

- ① 該当する販売タイプをチェック  
補充が必要 →  補充 + 移動 + 使用報告  
補充が不要 →  移動 + 使用報告のみ
- ② 移動元貴社名 (請求先名)
- ③ 補充品出荷先  
(営業所や支店名まで記入下さい)  
※使用報告のみの場合は記載不要
- ④ 移動元病院
- ⑤ 売上先貴社名 (請求先名)
- ⑥ 売上先病院
- ⑦ 納入期日
- ⑧ 品目コード
- ⑨ 品目名 (任意)
- ⑩ 数量 (最小出荷単位で記入)
- ⑪ 対象品のLot No.を記載
- ⑫ 御担当者名・問合せ先電話番号
- ⑬ 確認事項にチェック・ご署名をお願いします

他施設からの移動売上傳票										注文日: 月 日 / 年		
販売タイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 補充+移動+使用報告 (KB+移動+KE)				<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】			
貴社名	② ○○メディカル(株)				貴社名				⑤ ○○医療器(株)			
出荷先コード:	③ ○○メディカル(株)○○支店				出荷先コード:				⑦ 6月 6日 AM着			
住所:	④ ××市民病院				住所:				⑥ ××医療センター			
電話番号:					電話番号:							
FAX番号:					FAX番号:							
補充病院(移動元)					使用病院(売上先)							
納入期日					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( )							
					(営業所名: )							
特記事項:										正味額		
No.	品目コード	品目名	数量	単位	ロット	備考						
1	⑧ 51808-012	⑨ OptiCross	⑩ 2		⑪ 19870645							
2												
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			

**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  
 はい(②へすすむ)  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  
 はい

貴社名・ご署名

年 月 日

補足: 同一ディーラー間での移動使用の場合は、EDIの「移動&長期貸出・補充あり」からも行っていただけます

