



# 伝票記入方法 ～他施設からの移動売上傳票～



## 病院訂正\_同一特約店

同一特約店間で施設を誤って売上報告した際、伝票上の赤黒処理を行う場合にご使用して頂きます。(製品返送なし)  
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

補充が不要 →  移動 + 使用報告のみ

②移動元貴社名 (請求先名)

③移動元 (赤伝処理) 病院

④売上先貴社名 (請求先名)

※②と④は同一特約店 (支店違いの場合もあり)

⑤売上先 (黒伝処理) 病院

⑥特記事項

「××病院で赤伝処理」とコメント記載  
受注番号(納品書をご確認ください)

⑦品目コード

⑧品目名 (任意)

⑨数量 (最小出荷単位で記入)

⑩対象品のLot No.を記載

⑪御担当者名・問合せ先電話番号

⑫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 type="checkbox"/> 補充+移動+使用報告 (KB+移動+KE)			<input checked="" type="checkbox"/> 移動+使用報告のみ (移動+KE)			清算先発注番号:			
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
貴社名	② ○○メディカル(株) AA支店			貴社名			④ ○○メディカル(株) BB支店			ご担当者: ⑪ 田中 ご連絡先 03-XXXX-XXXX
出荷先コード:				出荷先コード:						営業担当コード: Division
住所:				住所:						営業担当氏名: Region
出荷先名:				出荷先名:						PLANT <input type="checkbox"/> D625 <input type="checkbox"/> T645( )
電話番号:				電話番号:						受注理由
FAX番号:				FAX番号:						<input type="checkbox"/> KB / C03 使用補充 <input type="checkbox"/> KE / C06 実使用の補充
補充病院(移動元)	③ ××市民病院			使用病院(売上先)			⑤ ××医療センター			移動処理
納入期日	月 日 着			出荷条件:						ZTKA (C19 在庫移動)
				<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:	⑥ ××市民病院で赤伝処理 受注番号:22222222									正味額
No.	品目コード	品目名	数量	単位	ロット	備考				
1	⑦ 51808-012	⑧ OptiCross	⑨ 2		⑩ 19870645	⑫				
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
起業者	Level1 (ASM)	Level2 (RSM)	Level3 (NSM)	Level4 (BUD)	Level5 (GM)	Marketing	Operations	QA	伝票番号	

補足: 異なる特約店間での病院訂正は、赤伝処理に移動元から商品返送依頼書(返品)も必要になります。

# 他施設からの移動売上傳票

注文日: 月 日 / 年

販売タイプ	<input 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		貴社名	発注経路 : <input checked="" type="checkbox"/> FAX
出荷先コード :		出荷先コード:	ご担当者 :                      ご連絡先:
住所:		住 所:	営業担当コード :                      Division
出荷先名:		出 荷 先 名	営業担当氏名 :                      Region
電話番号:			PLANT <input type="checkbox"/> D625 <input type="checkbox"/> T645(                      )
FAX番号:			受注理由 <input type="checkbox"/> KB / C03 使用補充 <input type="checkbox"/> KE / C06 実使用の補充
補充病院 (移動元)		使用病院 (売上先)	移動処理  <b>ZTKA</b> (C19 在庫移動)
納入期日		出荷条件 :	
月 日 着		<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						<b>特約店および施設間の移動実施時確認</b> 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  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
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