

「お弁当」お申し込み票

※ご注文1万円以上で無料配達承っております。

お弁当物語 宛

□のある欄は該当するものにチェックを入れてください。

* は入力必須項目です。

*お届け日			
年	月	日	曜日
		□午前 □午後	:
		~	:
団体名			
フリガナ			
様			
*お届け場所		※当日お弁当をお届けする場所の住所	
フリガナ			
府県			
フリガナ			
ビル・マンション・施設名			
*ご連絡先		※ご注文される方の電話番号	FAX
*ご担当者名		※ご注文される方のお名前	
フリガナ			
*当日ご連絡先		※当日ご連絡のつく電話番号	
携帯番号			
*ご注文内容		※ご注文合計が1万円以上になっていますか？ 今一度ご確認ください。	
商品名	価格（税込み）	数量	合計金額
	円	個	円
	円	個	円
	円	個	円
	円	個	円
	円	個	円
	円	個	円
ご注文合計金額			円
ご要望			
*お支払方法			
□請求書 □現金払い			
ご請求・領収宛名			

※お客様ご記入欄ここまで↑

変更連絡等、必ず受注NO.でご連絡ください。	受注日	受注者	お申し込み票送付先
月 日 受注NO.	/		兵庫エリア 078-742-0867
			大阪エリア 06-6225-8458