

ご注文日	月	日	受け取り希望日	月	日	時頃
------	---	---	---------	---	---	----

▼ご注文主

会社名	フリガナ	お名前	フリガナ
部署名		ご連絡先	勤務先・ご自宅・携帯 左のいずれかに○を付けて下さい
ご住所	〒		

▼ご注文内容

お料理名	金額	数量	合計金額

▼備考 (例)アレルギーの有無、請求書、領収書必要の有無、など

--

FAX受付時間 午前10時～午後6時まで

FAX受信後、弊社より確認のお電話をさせていただきます。
FAX受信の時間帯によっては受付が翌営業日になる場合がございます

受注センター FAX. **0957-46-6101**