

申込日	20 / /	定期注文とお値段が異なりますのでお問い合わせ願います
-----	--------	----------------------------

各項目にご記入、または□にチェックをお付けいただいた後、お届け先の店舗までFAX送信をお願いいたします。

お届け先	お名前	カナ	ご住所	〒
	電話番号			

緊急連絡先	お名前	電話番号	続柄
お申込者	お名前	電話番号	続柄
ケアマネジャー	お名前	事業所名	

お弁当の種類	☐ ご飯付き弁当 ☐ おかずのみ				
時間帯	☐ 昼 ☐ 夜 ☐ 両方	ご飯の種類	☐ ご飯付き ☐ おかずのみ	食数	昼 食 夜 食
オプション	☐ ご飯大盛 ☐ おかゆ ☐ ご飯少な目 _____g ☐ おかず大盛 ☐ 禁止食材 _____ ☐ 一口大 ☐ 刻み				
ごはん大盛50円+税 おかず大盛100円+税					

開始日	____月____日～		配達希望日					
ご注文予定日	昼	月	火	水	木	金	土	日
	夜							

配達方法	☐ 手渡し ☐ その他 _____	
配達時の注意点		
配達時の注意点	☐ ドアノブ ☐ 緊急連絡先に電話 ☐ その他 _____	

支払い方法	☐ 現金 ☐ 振込	お支払は前払いをお願いします
備考		

その他備考	
-------	--

