

日替り弁当 ファクス注文用紙

会社名・団体名：

TEL/FAX：

住所：〒

ご注文のお弁当(2週間分)

	/ 月	/ 火	/ 水	/ 木	/ 金	/ 土
商品名：						
商品名：						
商品名：						
商品名：						
	/ 月	/ 火	/ 水	/ 木	/ 金	/ 土
商品名：						
商品名：						
商品名：						
商品名：						

◆ご注文に際しましてのお願い◆

ご注文は当日午前9時15分までにお願ひします。予約制の商品は、前日午後1時までにご注文ください。ファックス番号のお掛け間違いにご注意ください。

お問い合わせ