

〒338-0832

FAX 048-612-8835

京や 埼玉県さいたま市桜区西堀 9-9-4
TE 048-855-1133

お弁当ご注文書

____年 ____月 ____日

会社・団体名	
所属	申込者1 様
住所 〒 ____	
TEL	FAX

(ご注文のお弁当・お飲み物)

品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円
品名	@	円 ×	個	円

※ 接待・会議・研修用弁当に限り、お吸い物かお茶が選べます お茶 お吸い物※ 折り詰め弁当のゴミ回収 希望する 希望しない
(ゴミの回収はプラス3000円、ご注文金額4万円以上は無料回収)

(お届け日・お届け住所)

納品日	月	日	曜日	納品時間	AM/PM	時	分
お届け先名 (会社名等)							
住所 〒 ____							
当日ご担当者及びご連絡先				様 (____)			
催し物名							
お支払い方法 <input type="checkbox"/> 当日代金引換 (領収書のお宛名)) <input type="checkbox"/> 振込 (請求書)							
備考							