



かもし堂 お弁当 FAX注文用紙

※必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

ご注文者様	会社名			
	ご住所			
	ご担当者様		様	
	TEL		携帯	
(上記と異なる場合) お届け先	ご住所			
	ご担当者様		駐車場 (有・無)	
	TEL		携帯	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 (領収書 宛名 但し書き)			
ご請求先	<input type="checkbox"/> 請求書 (持参・郵送)			
納品日	納品日	平成	年 月 日	
	希望時間		時～ 時	
ご予算	お弁当 1 個のご予算		円 (税抜) /個 合計数 個	
ご注文内容	ご希望のお弁当		お肉・お魚の種類	個数
				個
				個
				個
				個
				個
				個
				個
連絡事項				
	(ご自由にご記入ください)			
送付先	TEL/FAX 営業時間10:00~20:00 (日曜日定休) 044-322-3303	お弁当メニューはホームページよりご覧ください http://kamoshido.com		