お弁当配達注文申込書　はまとう食通倶楽部宛

ご注文(申込)者様	
ご連絡先　TEL	（　　）
FAX	（　　）
お申込日	年　　月　　日（お届け日はお申込日から5日以上）

お届け日時	年　　月　　日（　曜日）配達時間　　：　　～　　：
お召し上がり時間	時　　分からお召し上がり
お届け先様	
お届け先ご住所	郵便番号・ご住所
	建物・会場名

フリガナ	
当日のご担当者様	様
配達時ご連絡先	（　　）
お弁当内容	弁当　　個
	弁当　　個
	弁当　　個
	合計個数：　　個

お支払い方法	□請求書払い　□クレジット払い（ネットショップでご注文の方）
ご請求先 または 領収書の宛名	
備考欄	※ご希望やご質問ございましたら、ご記入下さい。

味のはまとう

ご注文・お問い合わせはこちらまで
☎0120-238108　FAX03-3527-8928