

ご注文日 年 月 日

お名前 様 ※会社の方のみ記載 会社名・部署名

ご住所

※過去に配達している企業様は住所の記載はご不要です。

ご連絡先 (お電話)

下記記入欄は、1週間分ありますが、1日のみの記載でもお気軽にFAXください。

**タ 方 弁 当**

※受付は当日20時までとさせていただきます。金土祝日はお休みです。

弁当名	ご注文 数量				
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	備考
竜田揚げ弁当 600円					
サバ塩焼き弁当 600円					
アジフライ弁当 600円					
生姜焼き弁当 600円					
ロースカツ弁当 600円					
焼肉弁当 600円					
チキン南蛮弁当 600円					
ブラックカレー 600円					

弁当名	ご注文 数量				
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	備考
竜田揚げ弁当 600円					
サバ塩焼き弁当 600円					
アジフライ弁当 600円					
生姜焼き弁当 600円					
ロースカツ弁当 600円					
焼肉弁当 600円					
チキン南蛮弁当 600円					
ブラックカレー 600円					