

宅配ご利用登録票

【ご利用者様情報】

受付日： 年 月 日

氏名		性別	男 ・ 女	年齢	満 歳
住所	東広島市 町				
電話番号					
お弁当の種類	<input type="checkbox"/> 日替りおかず (540円) <input type="checkbox"/> 日替り弁当M (594円) <input type="checkbox"/> 日替り弁当S (540円)				
利用日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 ※日曜の配達はありません				
祝日の配達	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	ご利用開始日	月 日 ()		
特記事項	※利用日が変則的な場合、2食以上での昼夜別メニューなどご記入ください。				
納品場所	<input type="checkbox"/> 玄関口 <input type="checkbox"/> 勝手口 <input type="checkbox"/> 発砲BOX <input type="checkbox"/> 指定場所 ※指定場所をご記入ください				
決済方法	<input type="checkbox"/> 自動引落とし <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金後払 <input type="checkbox"/> 現金先払 <input type="checkbox"/> 配達時現金払い				

【ご担当者様 or ご家族の情報】 ※事務的なお知らせ及び緊急時にご連絡します

氏名		携帯番号	
ショートメッセージでのご連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
利用者様との関係	家族 or 介護施設名等		
その他	※ご希望等ございましたらご記入ください		

※決済方法について

ご高齢の方でご家族がいらっしゃらない場合は後払いはお選びいただけません。

現金先払（月初に予定金額をお伝えします。）又は配達時現金払いをお選びください。

FAX送信 082-401-1302