


ご予約お弁当 FAX注文用紙 札幌デリシャスサウザント

ご注文日		月 日 (曜日)	 <p>メニュー一覧は こちら</p>
配達先	配達日	月 日 (曜日) 水曜定休	
	配達時間	()時から()時の1時間枠(9:30~18:00の間)	
配達先住所			

当日のご担当者様(当日連絡先携帯(
お支払方法 <input type="checkbox"/> 現金 到着時TEL <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 到着時のご要望など(
領収書の宛名(

ご依頼主様	氏名・会社名	
	住所	
	FAX番号(電話番号(

ご注文・5種類まで	番号	商品名	数量	単価	小計

おーいお茶	<input type="checkbox"/> 600mlペット	<input type="checkbox"/> 250ml紙パック			
-------	-----------------------------------	------------------------------------	--	--	--

容器回収を希望する <input type="checkbox"/> 料金・時間などはお電話で確認します。	合計金額
---	------

要望・コメント欄

※ご注文FAXを受信後、確認のFAXを返信してのご注文受理となります。確認のFAX返信がない場合は、お手数ですがご連絡いただきますようお願いいたします。【電話050-1496-4089】

FAX050-1496-4089 (水曜日定休) **札幌デリシャスサウザント**

札幌市中央区南2条西13-318-5 1F