

お弁当のノベル FAX注文票

FAX番号

03-6240-3977

弊社記入欄	注文受付日時	受付者名	管理番号	リファックスの有無
	年 月 日	時	-	

お届け日	平成 年 月 日	お届け希望時間
社名；団体名	様	10：00～11：00
部署名		10：30～11：30
お届け住所		11：00～12：00
ビル名;階数（部屋番号）等		11：30～12：30
電話番号+（内線等）	（ ）	12：00～13：00
ご担当者氏名	様	13：00～14：00
担当者様当日連絡先(携帯番号等)	（ ）	14：00～15：00
リファックス番号	（ ）	15：00～16：00

※受付完了後に注文票をリファックスさせていただきます。

※お届け時間に関して、交通事情等で前後する場合がございます。遅れる場合は事前にご連絡いたします。

ご注文	商品名	(税抜単価)	ご注文個数
	合計個数		

弊社記入欄 合計金額（税込金額）
円（税込）

お支払い方法	現金：（領収書の宛名 但書等）
	振込：（納品時請求書渡しとなります）
	振込予定日 月 日

※振込手数料はお客様負担をお願いいたします。

ご希望欄

お弁当内容等の希望	
-----------	--

納品時の注意事項	
----------	--

ゴミ回収有無	必要 ・ 不要	その他
ゴミ回収時刻（最短回収時刻と最終引取時刻）	： ～ ：	
持ち帰り袋の有無	必要 ・ 不要	

※FAX注文に関しては、リファックス若しくはお電話で受注対応させていただいた時点でご予約の確定となります。弊社らかのお返事がない場合はお手数ですがお電話(03-6240-3939)にてご確認ください。