

予約注文書（テイクアウト）

氏名	
会社名	
ご住所	
電話番号	



FAX 0744-25-1020

TEL 0744-29-6480
 受付時間 8:00~16:00
 営業時間 8:00~17:00

受取希望日	月 日	受取希望時間	: ~ :	頃
-------	-----	--------	-------	---

商品名	単価	個数	総額
合計			

詳細・依頼事項・連絡事項など

支払い方法（ご希望の番号に○を付けてください）

① 現金払い

② クレジットカード払い

- ※ ご注文確認後、お電話にてご連絡いたします。
- ※ ご予約状況により、お時間のご希望に添えない場合がございます。
- ※ 記入欄が足りない場合は2枚目を印刷してご利用ください。

【弊社記入欄】

金額合計	受注確認