

お弁当ご注文フォーム

有限会社 坂膳

埼玉県越谷市新川町1 -193 -2

TEL : 048 -989 -3315

FAX : 048 -989 -3325

ご注文日： 年 月 日

ご注文者

お名前、または会社名	
お名前、または会社名 ふりがな	
ご担当者様名	
ご担当者様名 ふりがな	
住所	
電話番号	
ご連絡先電話番号（携帯など）	

お届け日・お届け先

配達指定日	
配達時間	
配達先名称（例：中央市民会館）	
配達先住所	

ご注文商品

商品番号	商品名	数量

その他

領収書の有無	必要 不要 （どちらかに丸をつけてください。）
領収書名義	
備考欄	